

Université de Montréal



Le rôle des horaires atypiques, du conflit travail-famille, de l'autorité décisionnelle et des demandes psychologiques sur la santé mentale des travailleurs au Canada.

Par
Rose Darly Dalexis

École de Relations Industrielles
Faculté des Arts et des Sciences

Pierre Durand
Directeur de recherche

Mémoire de maîtrise présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du
grade de maîtrise en Relations Industrielles

Aout 2020

© Rose Darly Dalexis, 2020

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Le rôle des horaires atypiques, du conflit travail-famille, de l'autorité décisionnelle et des demandes psychologiques sur la santé mentale des travailleurs au Canada.

Présenté par

Rose Darly Dalexis

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Émilie Genin
Membre

Nancy Beauregard
Présidente-rapporteuse

Pierre Durand
Directeur de recherche

Résumé

Les transformations du monde du travail, dues à la mondialisation, se font principalement au profit de l'efficacité et l'efficience des entreprises. Ces changements, touchant aussi l'organisation du travail, ne sont pas sans effets sur la santé des travailleurs. Cette étude traite principalement de l'effet des horaires atypiques sur la santé mentale des travailleurs. Elle a pour objectifs 1) d'étudier l'association entre l'horaire atypique et les problèmes de santé mentale chez les travailleurs ; 2) d'explorer l'effet du conflit travail-famille, des demandes psychologiques et de l'autorité décisionnelle sur la santé mentale des travailleurs. Cette étude est basée sur un échantillon de 2 162 participants de l'enquête SALVEO, qui est une des plus importantes études réalisées sur la santé mentale et le travail au Canada. Préalablement, des analyses descriptives ont été effectuées afin de dresser le portrait de la population à l'étude et de comparer la prévalence des problèmes de santé mentale chez les travailleurs. Afin de tester les hypothèses, des analyses de corrélation bivariée et de régression logistique ont été réalisées. Les résultats nous ont montré que les horaires atypiques n'ont pas d'association directe sur la santé mentale des travailleurs. Cependant, l'horaire atypique est associé à des problèmes de santé mentale. Le conflit travail-famille et les demandes psychologiques tendent à augmenter le risque de développer des problèmes de santé mentale, et inversement pour l'autorité décisionnelle.

Mots clés : Horaire atypique, conflit travail-famille, autorité décisionnelle, demandes psychologiques, santé mentale

Abstract

The changes in the world of work due to globalization are mainly for the benefit of the effectiveness and efficiency of enterprises. These changes, which also affect the work organization, are not without effects on the health of workers. This thesis focuses on the effect of non-standard work schedules on the mental health of workers. Its objectives are 1) to study the association between non-standard schedules and mental health problems among workers; and 2) to explore the effect of work-family conflict, psychological demands, and decision latitude on workers' mental health. This study is based on a sample of 2,162 participants from the SALVEO survey, which is one of the most important mental health studies conducted in Canada. Preliminary, descriptive analyses were conducted in order to draw up a portrait of the study population and compare the prevalence of mental health problems among workers. In order to refute or confirm the hypotheses put forward, bivariate correlation and logistic regression analyses were carried out. All analyses were performed using version 25 of the SPSS software. The results showed us that non-standard schedules have no direct effect on the mental health of workers. However, people working non-standard schedules are at greater risk of developing mental health problems compared to those working standard schedules. Work-family conflict and psychological demands tend to increase the risk of developing mental health problems, while decision-making latitude has the opposite effect.

Key Words: Atypical work-schedule, work-family conflict, decision latitude, psychological demands, mental health

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des sigles et abreviations	ix
Dédicaces	x
Remerciements	xi
Introduction	12
Chapitre 1 - Revue de littérature	17
1- Problèmes de santé mentale au travail.....	18
1.1 - Détresse psychologique.....	19
1.2 - Dépression.....	21
1.3 - Épuisement professionnel.....	26
1.3.1 - Épuisement émotionnel	27
1.3.2 - Cynisme.....	28
1.3.3 - Accomplissement personnel	28
1.4 - Horaire de travail atypique	30
1.5 - Conflit travail-famille.....	33
1.6 - Facteurs sociodémographiques et la santé mentale au travail.....	36
1.6.1- Les facteurs sociodémographiques	36
1.6.2 - Autres facteurs associés aux conditions de travail.....	38
1.7 - Modèle explicatif du stress au travail	41
1.7.1 - Modèle demandes-contrôle	41
1.7.2 - Modèle Demandes-Contrôle-Soutien	45
Chapitre 2 - Problématique et modèle de recherche	47
2 - Problématique.....	47
2.1 - Modèle conceptuel	49
2.2 - Hypothèses de recherche	52
Chapitre 3 - Méthodologie	54
3 - Sources des données	54
3.1 - Population à l'étude.....	55
3.2 - Mesures	56
3.2.1 - Variables dépendantes	56
3.2.2 - Détresse psychologique.....	56
3.2.3 - Dépression	57
3.2.4 - Épuisement professionnel.....	58
3.3 - Variables indépendantes.....	60

3.3.1 - <i>Horaires atypiques de travail</i>	60
3.3.2 - <i>Autorité décisionnelle / demandes psychologiques</i>	61
3.3.3 - <i>Conflit travail-famille</i>	62
3.4 - Variables de contrôle.....	63
3.5 - Stratégie analytique	65
Chapitre 4 - Résultats	66
4. - Résultats des analyses descriptives.....	66
4.1- <i>Analyse descriptive des variables indépendantes et des variables dépendantes</i>	66
4.2 - <i>Analyse de fréquence</i>	67
4.3 - <i>Analyse descriptive représentant le taux de prévalence des problèmes de santé mentale chez les hommes et les femmes</i>	68
4.4 - Analyses descriptives (tableaux croisés)	70
4.5 - Analyses de corrélation	76
4.6 - Analyse de régression linéaire multiple.....	80
Chapitre 5 - Discussion	86
5 - Synthèse de la démarche scientifique	86
5.1 - Discussion des résultats de prévalence et des associations entre les variables	86
5.2 - Discussion des hypothèses	87
5.3 - Retour sur le modèle conceptuel	95
5.4 - Forces et limites de l'étude.....	96
5.5 - Recherches futures	97
Bibliographie	102

Liste des tableaux

TABLEAU I- CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DÉPRESSION MAJEURE	24
TABLEAU II - PRÉSENTATION DE LA VARIABLE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	57
TABLEAU III - PRÉSENTATION DE LA VARIABLE DÉPRESSION	58
TABLEAU IV - PRÉSENTATION DE LA VARIABLE ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	59
TABLEAU V - PRÉSENTATION DE LA VARIABLE INDÉPENDANTE	60
TABLEAU VI - PRÉSENTATION DES VARIABLES AUTORITÉ DÉCISIONNELLE ET DEMANDES PSYCHOLOGIQUES	62
TABLEAU VII - PRÉSENTATION DE LA VARIABLE CONFLIT TRAVAIL-FAMILLE	63
TABLEAU VIII - PRÉSENTATION DES VARIABLES DE CONTRÔLE	64
TABLEAU IX - TABLEAU DESCRIPTIF DE LA POPULATION À L'ÉTUDE (VARIABLES INDÉPENDANTES ET DÉPENDANTES) (N=2 162)	67
TABLEAU X - TABLEAU DESCRIPTIF DE LA POPULATION À L'ÉTUDE, VARIABLES DE CONTRÔLE (N= 2 162).....	68
TABLEAU XI - ANALYSE DESCRIPTIVE REPRÉSENTANT LE TAUX DE PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES HOMMES ET CHEZ LES FEMMES (N= 2 067).....	69
TABLEAU XII : ANALYSE DE CORRÉLATION, N=2 162	79
TABLEAU XIII : ANALYSE DE RÉGRESSION LINÉAIRE – DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	81
TABLEAU XIV - ANALYSE DE RÉGRESSION LINÉAIRE – DÉPRESSION	82
TABLEAU XV - ANALYSE DE RÉGRESSION LINÉAIRE – ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL	83
TABLEAU XVI - ANALYSE DE RÉGRESSION LINÉAIRE – CYNISME	84
TABLEAU XVII - ANALYSE DE RÉGRESSION LINÉAIRE – EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE	85

Liste des figures

FIGURE 1: MODÈLE DEMANDES-CONTRÔLE	42
FIGURE 2: MODÈLE CONCEPTUEL.....	51
FIGURE 3: PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE SELON LE QUART NORMAL DE JOUR ET LE STATUT	
MATRIMONIAL	72
FIGURE 4: PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE SELON LE QUART NORMAL DE SOIR ET LE STATUT	
MATRIMONIAL	73
FIGURE 5: PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE SELON LE QUART NORMAL DE NUIT ET LE STATUT	
MATRIMONIAL	74
FIGURE 6: PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE SELON UN HORAIRE IRRÉGULIER ET LE STATUT	
MATRIMONIAL	75

Liste des sigles et abreviations

BDI-II: Beck Depression Inventory

CNESST : Commission des Normes, de l'Équité, de la Santé et de la Sécurité du travail

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ENSP : Enquête Nationale sur la Santé de la Population

ERTSM : Équipe de Recherche sur le Travail et la Santé Mentale

ESSQ-98 : Enquête Sociale et de Santé du Québec

GHQ-12 : General Health Questionnaire – 12 questions

GHQ-60 : General Health Questionnaire – 60 questions

MBI-GS : Maslach Burnout Inventory-General Survey

MBI : Maslach Burnout Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SUMER : Surveillance Médicale des Expositions des Salariés aux Risques professionnels

Dédicaces

À mes enfants Edrou et Elrood ; à ma petite sœur Saraphina, rien n'est impossible, il suffit d'y croire et de s'y mettre. La persévérance et la persistance sont la clé du succès. N'abandonnez jamais, car « *un gagnant est un rêveur qui n'abandonne jamais* » (Nelson Mandela)

À ma sœur aînée Eldine qui est partie trop tôt. Je te garde toujours dans mon cœur. Je continuerai à réaliser tes rêves, nos rêves !

Remerciements

***« Ce n'est pas le chemin qui est difficile, mais le difficile qui est le chemin. »
(Sören Kierkegaard).***

Ce mémoire représente un tremplin tant dans ma vie professionnelle que personnelle. De la conceptualisation au dernier signe de ponctuation, les épreuves ont été présentes, mais j'ai parcouru le chemin.

Mes premiers remerciements vont à Dieu. Sans lui je n'y arriverai pas... Il a su intervenir dans toutes les sphères de ma vie afin de coordonner cette réussite.

Je remercie mon directeur de mémoire, Dr Pierre Durand pour le temps qu'il a dévoué à la réalisation de cette étude. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et vos mots d'encouragements.

À mon oncle Arince et sa femme Carline et tous ceux qui ont participé à mon immigration au Canada, merci !

Un remerciement spécial à mes parents Edline Alexandre et Félix Dalexis et à ma sœur Saraphina pour leur amour et leur support de toutes sortes. J'ai gardé le moral grâce à vous. Manmi et Papi, vous n'avez pas fait de grandes écoles ni d'importantes études, mais vous avez pu me pousser à avancer et me soutenir dans la réalisation de ce que vous n'avez pas pu réaliser. Merci d'avoir toujours cru en moi !

À mon conjoint Jude Mary Cénat, les mots me manquent ! Merci pour tout, merci d'être toujours disponible et de m'avoir inspiré le succès et la confiance en soi. Merci de me ramasser quand je tombais en morceau pendant la rédaction de ce mémoire. En te croisant sur mon chemin, j'ai aussi croisé l'amour, le courage, la persévérance et la passion pour la science. Merci !

Introduction

Les demandes des marchés évoluent, les exigences économiques, financières et de production efficiente ont changé, les politiques de réduction de coûts et de rentabilité à court terme sont de plus en plus adoptées en entreprise. Le monde du travail se transforme pour rencontrer les nombreuses fluctuations, les conditions ainsi que l'organisation du travail se métamorphose à cette fin, les travailleurs doivent s'ajuster (Costa, 2003; Davezies, 1999; Rajaratnam & Arendt, 2001; Winkler, Mason, Laska, Christoph, & Neumark-Sztainer, 2017)

Les changements sont multiples, partant de la mondialisation et la compétition accrue générée par cette dernière, à la transformation démographique et à l'expansion de la technologie (Vézina, Bourbonnais, Marchand, & Arcand, 2008). Dès lors, les stratégies de production changent avec la société moderne (Costa, 2003). De plus en plus, on est en présence de secteurs d'activités qui sont obligés de fonctionner de manière continue. Ce phénomène est couramment appelé la «société 24/7» (Tucker & Folkard, 2012; Winkler, Mason, Laska, Christoph, & Neumark-Sztainer, 2017). Les secteurs les plus touchés sont : celui des services (hôpitaux, service clientèle, vente, transport, etc.) et le secteur industriel (production, fabrication, mines, etc.). On constate que les quarts de travail sont plus répandus et ont tendance à être normalisés (Winkler et al., 2017). Désormais, le nombre d'emplois exigeants physiquement diminue, mais les demandes psychologiques augmentent (Vézina et al., 2008). L'organisation du travail se fait sur une durée de 24 heures par jour, 7 jours par semaine afin de permettre la continuité des opérations et de répondre à la demande du marché (Ferri et al., 2016). Ainsi, les horaires atypiques font

désormais partie de l'ajustement des entreprises au marché et notamment celui des travailleurs aux entreprises.

Les horaires atypiques ne sont pas nouveaux dans les conditions de travail et les études réalisées sur le sujet montre son évolution. D'ailleurs, selon l'enquête SUMER 94 réalisée, depuis environ 25 ans, en France par le Ministère du Travail, 17 % des travailleurs étaient exposés à un horaire irrégulier, 11 % à un horaire imprévisible, 5% à un horaire de nuit ou de fin de semaine et 39 % travaillaient plus de huit (8) heures par jour (Heran-Le Roy & Sandret, 1997). En 2000, parmi 15 pays de l'Union européenne, 76 % des employés travaillaient à des horaires atypiques (Costa, 2003). Selon une étude observationnelle réalisée de 2002 à 2011 sur des hommes du secteur de la production, sur 5826 participants, 74 % travaillaient à des horaires irréguliers (Norder, Roelen, Bültmann, & van der Klink, 2015). Si on fait un survol de la situation au Canada, dans la province de Québec, un (1) travailleur sur cinq (5) travaille à des horaires atypiques (Vézina et al., 2011). En 2002, la proportion des travailleurs qui ont un horaire irrégulier est de trois (3) salariés sur 10 (27,6 %) (environ 949 400 travailleurs au Québec). Au total, les horaires irréguliers représentent respectivement 33,3 % et 52,8 % dans les emplois à temps plein et à temps partiel (Asselin, 2005).

Généralement, dans le monde du travail, les emplois réguliers de jour, bien que plus fréquents, sont en baisse. Au Canada, en 1996 74 % de la population avaient un emploi de jour comparativement à 70 % en 2008. Cette diminution est encore plus élevée chez les femmes entre 2008 et 1996 (76 % contre 70 %). Cependant, les horaires irréguliers ont connu une hausse; ils sont 4 % plus élevés en 2008 qu'en 1996 (8% en 1996 contre 12%

en 2008), les emplois de nuit ont augmenté de 0,6 % et ceux sur appel de 0,9% (Crespo & Rheault, 2011).

Selon Statistique Canada, entre 2005 et 2015, la présence d'horaires atypiques est plus élevée chez les femmes contrairement aux hommes (24 % contre 26,6 %), les jeunes sont plus susceptibles de travailler à des horaires atypiques contrairement aux plus âgés. Le niveau d'études moins élevés et vivre seul, sont associé au fait de travailler à des horaires atypiques. Au Québec, 47,8 % des personnes qui travaillent à des horaires atypiques gagnent moins de 20 000 \$ par année, 30 % dorment moins, 33,4 % ralentissent leur rythme de vie, 30 % moins de vie sociale et 41 % ont moins de 10 jours de vacances payés (Statistique Québec, 2018).

Les études ont montré que ces types d'horaires sont associés à un niveau de stress élevé au travail (Dansereau, Beauregard, Marchand, & Durand, 2017; Jamal, 2004; Marchand, Demers, & Durand, 2005a). La littérature montre également qu'ils peuvent être à la base de l'augmentation du risque de développer des problèmes de santé mentale et de santé physique chez les travailleurs (Aburuz & Hayeah, 2017; Angerer, Schmook, Elfantel, & Li, 2017; Beltagy, Pentti, Vahtera, & Kivimäki, 2018; Winkler et al., 2017) et sont liés à une baisse de performance au travail (Halouani et al., 2018). Les horaires irréguliers sont aussi susceptibles d'être des facteurs explicatifs des difficultés de conciliation entre le travail et la vie sociale de manière générale et particulièrement, de la vie familiale (Costa, 1992; Tuttle & Garr, 2012; Winkler et al., 2017). Des études ont montré qu'ils constituent aussi un facteur de risque important aux blessures et aux accidents de travail qui souvent résultent du manque de sommeil ou de concentration (Kecklund & Axelsson, 2016; Tucker & Folkard, 2012; Norder et al., 2015). En effet, les horaires de nuit et irréguliers sont

considérés comme plus néfastes comparativement à ceux de jour (Ferri et al., 2016; Rajaratnam & Arendt, 2001; Winkler, Mason, Laska, Christoph, & Neumark-Sztainer, 2017).

D'autant plus, la santé mentale représente un enjeu majeur au travail. Selon l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2002, 39 % des travailleurs ont qualifié leur journée de travail d'assez à extrêmement stressante (Vézina et al., 2008). D'après la commission de la santé mentale du Canada, les problèmes de santé mentale sont la principale cause d'invalidité au Canada (Sutherland & Stonebridge, 2015). Ces invalidités peuvent se traduire par l'absentéisme, le présentéisme, une baisse de performance et de productivité (Sutherland & Abhi, 2018; Goetzel et al., 2004 ; Lerner & Henke, 2008, Sandersan & Andrew, 2006). Selon Marchand, Blanc et Durand, (2015), les symptômes de détresse psychologique, de dépression et d'épuisement professionnel sont les problèmes de santé mentale les plus répandus dans la main-d'œuvre et les plus coûteux.

D'après les données de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, les arrêts de travail liés aux problèmes de santé mentale représentent 50 % des invalidités. En effet, Sutherland & Stonebridge (2015) ont estimé que 1,3 million de canadien présentent des symptômes de dépression, seulement 17 % travaillent sont en mesure de bien performer dans un emploi à temps plein et 23 % sont en arrêt de travail. Sur le point financier, les indemnisations en matière d'assurances concernant les problèmes de santé mentale coûterait entre 15 et 33 milliards de dollars annuellement au Canada (Sutherland & Stonebridge, 2015). Au Québec, en 2015, l'indemnité moyenne de remplacement de revenu pour le stress, le stress aigu et le stress chronique étaient de 14 998 \$, 14 000 \$ et 22 957 \$ respectivement (CNESST, 2017). Les coûts associés aux problèmes de santé

mentale sont élevés. Les problèmes de santé mentale ont des conséquences néfastes sur l'économie, la performance des entreprises et la performance des employés (Dewa et al., 2004), ainsi que sur leur vie sociale et familiale (Costa, 1992). Considérant l'ampleur des problèmes de santé au travail, un milieu de travail sain est l'un des objectifs poursuivis par les différentes équipes de santé et sécurité au travail en entreprise, notamment la Commission des Normes, de l'Équité, de la Santé et de la Sécurité du Travail (CNESST) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Se basant sur des études scientifiques, ce mémoire a pour but première de documenter les rapports entre les horaires de travail atypiques, le conflit travail-famille, l'autorité décisionnelle, les demandes psychologiques et la santé mentale (détresse psychologique, dépression et épuisement professionnel). On cherchera à savoir comment les horaires atypiques peuvent affecter la santé mentale des travailleurs et à comprendre l'effet du conflit travail-famille, des demandes psychologiques et de l'autorité décisionnelle sur le risque de présenter des symptômes de détresse psychologique, de dépression et d'épuisement professionnel.

Chapitre 1 - Revue de littérature

Ce chapitre présente la revue de littérature qui constitue une synthèse des connaissances actuelles sur les relations entre les horaires atypiques, les conflits travail-famille, et les problèmes de santé mentale chez les travailleurs. Le rôle des demandes psychologiques et de l'autorité décisionnelle sur la relation entre les horaires atypiques et la santé mentale sera aussi présenté.

Cette section dresse le portrait de l'état des connaissances sur les problèmes de santé mentale liés aux horaires atypiques de travail et du conflit travail-famille. D'abord, les problèmes de santé mentale au travail seront brièvement abordés, ensuite les concepts clés associés aux problèmes de santé mentale (détresse psychologique, dépression, épuisement professionnel) sont présentés afin de comprendre davantage les enjeux de la problématique de recherche. Les concepts : horaire atypique et conflit travail-famille sont aussi abordés dans le but de mieux appréhender les facteurs de risques associés aux problèmes de santé mentale. Ensuite, les facteurs de risque psychosociaux associés aux problèmes de santé mentale seront exposés. Enfin, les modèles explicatifs du stress au travail tel que le modèle Demandes-Contrôle (Karasek, 1979) et le modèle Demandes-Contrôle-Soutien (Karasek & Theorell, 1990) sont exposés pour mieux expliquer la conception méthodologique mise en place pour étudier l'association entre les horaires de travail atypiques, les conflits travail-famille et les problèmes de santé mentale chez les travailleurs.

1- Problèmes de santé mentale au travail

Si de nombreux travaux ont montré que le travail contribue au bien-être psychologique, à l'épanouissement et au développement social des personnes (Adam, Walasek, & Meyer, 2018; Dolan, Peasgood, & White, 2008; Robertson & Cooper, 2011), depuis maintenant plusieurs décennies, la question des effets du travail sur la santé des travailleurs est de plus en plus posée (Bonde, 2008; Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010; Stansfeld & Candy, 2006a). Toutefois, comme le précisent plusieurs études (Bhui, Dinos, Stansfeld, & White, 2012; Milner, Witt, LaMontagne, & Niedhammer, 2018; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Theorell et al., 2015), les conditions imposées aux travailleurs soit par les entreprises à travers l'environnement de travail, soit par le type de tâches à exécuter, soit par les contextes particuliers sont en cause. De plus, les travaux de la Commission nationale de la santé mentale du Canada (Commission de la santé mentale du Canada, 2018) ont montré qu'il ne s'agit pas de cas isolés. Ils montrent, au contraire, que chaque semaine un demi-million de travailleurs au Canada sont absent au travail à cause de problèmes de santé mentale. Aux États-Unis, selon les estimations du *Center for Prevention and Health Services* (Finch & Phillips, 2010), les problèmes de santé mentale coûtent annuellement entre 79 et 105 milliards de dollars. Au Canada, près d'un (1) travailleur sur quatre (4) vit des problèmes de santé mentale liés au travail et cela constitue la cause principale de plus de 30 % des réclamations adressées aux compagnies d'assurance (Commission de la santé mentale du Canada, 2016). En plus des conséquences souvent citées comme l'absentéisme, la baisse de productivité et d'autres conséquences sur les entreprises, les problèmes au travail sont associés à la souffrance psychologique des travailleurs. D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2008) en fait un point

considérable dans le plan global d'action sur la santé des travailleurs 2008-2017, ainsi que dans le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 et propose un ensemble de stratégies pour réduire la souffrance psychologique des travailleurs et promouvoir la santé mentale au travail. Comme l'ont montré plusieurs travaux, la détresse psychologique, les troubles anxieux, la dépression et l'épuisement professionnel font partie des conséquences les plus importantes auxquelles doivent faire face les travailleurs (Bhui et al., 2012; Bonde, 2008; Kessler et al., 2006; Milner et al., 2018; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Stansfeld & Candy, 2006a; Theorell et al., 2015).

1.1 - Détresse psychologique

L'origine du concept détresse psychologique n'est pas clairement connue dans la littérature (Ridner, 2004). Sa définition varie selon les auteurs. Toutefois, des études et montrent une similitude dans les différentes approches utilisées pour conceptualiser et définir la détresse psychologique (Drapeau et al., 2012). Cependant, comme on peut le remarquer depuis les trois dernières décennies, la détresse psychologique est fréquemment considérée comme un indicateur de santé mentale (Cénat et al., 2014; Drapeau et al., 2012; Ridner, 2004). En effet, elle est souvent évoquée dans un contexte relatif à la dépression, à la détresse, aux problèmes de santé, mais aussi aux difficultés liées au travail (Kawakami, Kobayashi, Takao, & Tsutsumi, 2005; Rasoulzadeh, Bazazan, Safaiyan, & Dianat, 2015). La détresse psychologique, bien que distincte des troubles anxieux et des troubles dépressifs, présente, selon plusieurs études une forte comorbidité avec ces troubles (Drapeau et al., 2012).

Ridner (2004) définit la détresse psychologique comme : « *un état émotionnel inconfortable unique éprouvé par un individu en réponse à un facteur de stress spécifique ou à une demande qui entraîne un préjudice, temporaire ou permanent pour la personne* ». C'est en effet une association entre la détresse, la souffrance sociale et mentale ; une incapacité d'adapter le fonctionnement psychologique à des agents stressants et à des perturbations émotionnelles.

De manière plus globale et opérationnelle, la détresse psychologique est définie comme un état de souffrance émotionnelle imprégnée de symptômes dépressifs et d'anxieux qui peut se manifester sous forme de perte d'intérêt, de tristesse, de désespoir, d'agitation, de baisse des facultés intellectuelles (perte de mémoire et de concentration) ou de sentiment de tension. Ces sentiments peuvent être accompagnés de symptômes réversibles tels que des symptômes somatiques (maux de tête, anémie, malnutrition, maladie du foie, des poumons et des reins, hypertension artérielle), de symptômes de troubles de l'humeur (insomnie, manque d'énergie, fatigue et perte d'appétit) dont l'absentéisme au travail (Drapeau et al., 2012; Marchand, 2004; Marchand, Demers, & Durand, 2005b; Vézina, Cousineau, Mergler, & Vinet, 1992). Elle peut entraîner des atteintes corporelles irréversibles telles que des invalidités permanentes, la mortalité, le suicide ainsi que des maladies cardio-vasculaires et neuropsychiatriques. Ces symptômes se manifestent différemment selon la culture (Drapeau et al., 2012; Marchand, 2004).

De plus en plus d'études ont étudié la prévalence de la détresse psychologique dans la population générale. Aux États-Unis, une étude réalisée auprès d'un échantillon national représentatif a montré que 3,4 % d'adultes de 18 ans et plus ainsi que 4,3 % d'adultes de 45-64 présentent un niveau de détresse psychologique sérieux (Weissman, Pratt, Miller, &

Parker, 2015). De même l'étude de Mojtabai & Jorm, (2015) réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 349 852 a rapporté que 15,1 % des participants présentaient des symptômes de détresse psychologique modérée, alors que 3,1 % présentaient des symptômes de détresse psychologique sévère. Weissman et al., (2015) ont également rapporté que les femmes présentaient des prévalences de détresse psychologique plus élevées comparativement aux hommes (Weissman et al., 2015). Toutefois, différentes études ont montré que les travailleurs présentent des niveaux plus élevés de détresse psychologique, selon les groupes considérés (Hino et al., 2015; Jarman et al., 2014). En Europe et en Amérique du Nord, la détresse psychologique touche environ 15 à 20 % des travailleurs (Marchand & Blanc, 2010). Entre 1994-1995 et 2000-2001, 19 % des travailleurs canadiens disaient avoir vécu plusieurs épisodes de détresse psychologique (Marchand & BLanc, 2010). Il y a plus de 20 ans maintenant, l'étude réalisée par Bourbonnais et al. (1998) a rapporté que 17,3 % des travailleurs présentaient des symptômes de détresse psychologique en 1987 comparativement à 25,5 % entre 1992 et 1993 (Bourbonnais, Comeau, Vezina, & Dion, 1998).

1.2 - Dépression

La dépression est un important problème de santé mentale et constitue un problème de santé publique majeur ayant des coûts sociaux et économiques élevés. Elle est associée à plusieurs maladies chroniques, des dysfonctionnements cognitifs, émotionnels et comportementaux, une déficience fonctionnelle, une certaine fragilisation de l'individu et un affaiblissement de ses capacités d'adaptation (Jerez-Roig et al., 2016; Lexis et al., 2011; Marinho et al., 2010; Vézina et al., 1992). Elle est la maladie mentale la plus répandue dans la population générale, notamment dans la main-d'œuvre (Harder, Wagner, & Rash, 2016).

Généralement, la dépression est perçue comme une sensation de déprime, de vide, de tristesse, de *blues*, de solitude, de désespoir ou d'irritabilité qui peut s'étendre sur une période pendant un certain temps et qui peut se reproduire subséquemment dans la vie d'une personne (Harder et al., 2016; Ross, Mirowsky, & Goldsteen, 1990). Bakker & al. (2000) définit la dépression comme une réaction à un fait grave avec lequel l'individu ne peut faire face de manière adéquate. Elle peut découler d'événements négatifs, de traumatismes de la vie ou de problèmes de santé physique (Huijs, Koppes, Taris, & Blonk, 2017) et subvenir dans un contexte familial, de relations personnelles étroites ou au travail (Bakker et al., 2000).

La dépression est souvent caractérisée par la perturbation du sommeil, la perte d'appétit ou l'appétit abondant, la perte ou gain de poids, la perte de concentration, l'épuisement et la fatigue chronique, les pleurs, l'incapacité de prendre des décisions, les idéations suicidaires, la perte de plaisir et par des sentiments de dévalorisation et de culpabilité (Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2015; Harder et al., 2016; Ross et al., 1990).

Chez des populations de travailleurs, la dépression se manifeste non seulement par la tristesse et la fatigue, mais aussi par la colère, la démotivation, des relations interpersonnelles isolées ou mouvementées, la diminution de la performance au travail, l'augmentation des erreurs, la passivité, la pensée pessimiste, le fait d'être trop insistant ou irréaliste et par la consommation d'alcool et de médicament (Alarcon, 2011; Bakker & Costa, 2014; Kahn, 2008).

D'après le DSM – 5 (APA, 2013) il existe plusieurs types de dépression caractérisés selon le degré des épisodes, de leur récurrence et leur durée dans le temps. Ces spécifications font en sorte que le type de traitement, notamment les critères diagnostiques

soient différents. Kahn (2008) présente les types de dépression de manière simplifiée en dépression atypique, dépression dysthymique, dépression majeure et dépression mélancolique.

Le cinquième manuel statistique des troubles mentaux (DSM-5) publié en 2013 par l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013) précise les critères diagnostiques de la dépression. En effet, la présence d'au moins cinq (5) des symptômes exposés dans le Tableau suivant est exigée. Ces symptômes doivent être accompagnés de la souffrance, d'une altération du fonctionnement social, professionnel, entre autres et ne doivent pas découler des effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale. Ils peuvent être signalés par la personne ou observés par les autres.

Tableau I- Critères diagnostiques de la dépression majeure

1	Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure).
2	Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours
3	Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4	Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5	Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6	Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7	Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirant) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9	Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

La prévalence de la dépression dans la population générale varie selon les études et très peu ont été réalisées auprès d'échantillons représentatifs. Une récente étude de synthèse a exposé que les prévalences varient de 1,8 % à 37,9 % dépendamment des mesures utilisées et des populations considérées, avec une prévalence médiane de 8,8 % (Vilagut, Forero, Barbaglia, & Alonso, 2016). Aux États-Unis, l'étude nationale de Kessler et al., (2003) a indiqué que 16,2 % des membres de la population générale ont souffert d'au moins un épisode de dépression majeure durant leur vie, alors que la prévalence sur 12 mois était de 6,6 %. Toutefois, la récente étude nationale représentative de Weinberger et al., (2017) auprès d'un échantillon de 607 520 personnes a montré que la prévalence de la

dépression a augmenté de 0,7 % entre 2005 à 2015 aux États-Unis passant de 6,6 % à 7,3 %.

Une étude réalisée sur la dépression chez les travailleurs du service public montre que les personnes travaillant au cours de la journée présentaient des prévalences plus élevées de dépression comparativement à ceux qui travaillent la nuit (Luca, Bellia, Bellia, Luca, & Calandra, 2014). Cependant, de nombreuses études ont montré que travailler à des horaires atypiques y compris la nuit a pour effet d'augmenter le risque de dépression (Angerer et al., 2017; Beltagy et al., 2018; Winkler et al., 2017). En effet, les travailleurs de nuit sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale que les travailleurs de jour (Ferri et al., 2016). Selon Beltagy et al., (2018), le changement d'horaire de jour à un horaire de nuit augmente le risque de développer des problèmes de santé mentale, y compris de la dépression. Pourtant, les horaires atypiques font partie des facteurs souvent observés chez les travailleurs souffrant de dépression au Canada et ailleurs, notamment chez ceux du secteur de la santé (Enns, Currie, & Wang, 2015; Hall, Franche, & Koehoorn, 2018; Lee, Kim, Kim, Lee, & Kim, 2016). D'ailleurs, comme le montre l'étude de Lee et al. (2016), la prévalence des symptômes dépressifs peut dépasser les 35 % chez les infirmières ayant un horaire atypique comparativement à celles ayant un horaire de jour standard.

1.3 - Épuisement professionnel

Le terme *burnout* est communément utilisé pour parler de l'épuisement professionnel. Auparavant, l'épuisement professionnel était associé à des professions sociales et médicales qui comportent une relation d'aide ou un contact entre l'employé et le bénéficiaire tel que les enseignants, les soignants, les préposés à la clientèle (chauffeurs d'autobus, de taxi, préposés à l'aide sociale, etc.) (Grebot, 2008; Hussein, 2018; Maslach & Leiter, 2016; Vézina et al., 1992). Toutefois, les études de ces dernières années ont montré que toutes les professions, pas seulement les professions sociales et médicales, sont concernées par l'épuisement professionnel (Enshassi, Swaitly, & Arain, 2016; Grebot, 2008; Ruzycki & Lemaire, 2018).

L'épuisement professionnel est très répandu et sa prévalence ne cesse de s'accroître depuis plusieurs décennies (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Comparativement aux autres problèmes de santé mentale, l'épuisement professionnel vise uniquement les activités professionnelles (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Grebot, 2008; Leiter & Schaufeli, 1996). Pour Grebot (2008), « *l'épuisement professionnel est constitué par une rupture entre les exigences professionnelles, des demandes excessives de force ou d'énergie et les ressources que détient l'individu pour pouvoir s'adapter* ». En effet, il résulte d'un stress professionnel ou émotionnel chronique, prolongé qui persiste dans le temps de manière continue (Ahola & Hakanen, 2007; Grebot, 2008).

Les définitions proposées dans la littérature associent l'épuisement professionnel à l'accumulation de stress au milieu de travail.

Pour Schaufeli et Enzmann, (1998) :

« Le burnout est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus "normaux". Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de détresse élevée, d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements dysfonctionnels au travail. Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle. Le burnout s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent autoentretenu. » (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 36)

Maslach et Jackson (1981) décrivent l'épuisement professionnel comme un syndrome d'épuisement émotionnel et de cynisme qui se présentent sous forme de réponse à un niveau de stress chronique spécifiquement lié au travail. Ce syndrome est caractérisé par trois dimensions, soit : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (cynisme) et l'accomplissement personnel (efficacité professionnelle) (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; N. Lim, Kim, Kim, Yang, & Lee, 2010; Maslach & Jackson, 1981).

1.3.1 - Épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel est considéré comme un niveau de fatigue physique et émotionnelle élevé résultant des interactions avec les collègues de travail et les bénéficiaires de services. Il est caractérisé par un vide intérieur, un appauvrissement des ressources émotionnelles, une peur de se rendre au travail et la difficulté de rentrer dans une relation émotionnelle avec son entourage, notamment son entourage professionnel (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Fortin & Vanier, 1998; Grebot, 2008).

1.3.2 - Cynisme

Le cynisme ou la dépersonnalisation se traduit par une distance émotionnelle envers les autres, spécifiquement les bénéficiaires de services ou les clients (Maslach & Leiter, 2016). Elle fait référence au développement d'attitudes cyniques, impersonnelles, négatives, détachées et méprisantes envers les collègues de travail et des personnes à charge, soit les bénéficiaires et envers le travail même. En effet, elle peut s'exprimer par des actes de maltraitance, de stigmatisation et de rejet (Grebot, 2008; Leiter & Schaufeli, 1996).

1.3.3 - Accomplissement personnel

L'absence d'accomplissement personnel est constituée par un sentiment d'échec personnel, une vision négative de la vie professionnelle (Grebot, 2008). Il est caractérisé entre autres par la diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité, la frustration au travail et la croyance que les objectifs ne sont jamais atteints (Grebot, 2008).

Plusieurs symptômes peuvent signaler le manque d'accomplissement professionnel. Il se manifeste au préalable par de l'hyperactivité, moment au cours duquel le travailleur s'adonne aux tâches, effectue des heures supplémentaires, a le sentiment d'être indispensable et résume ses relations sociales aux clients ou usagers. Cette forme d'hyperactivité se traduit souvent par le présentéisme et une tendance de relever les exigences au travail est de mise. Dès lors, le travailleur se sent exploité et perçoit un déséquilibre entre les efforts et les récompenses.

Parmi les conséquences associées à l'épuisement professionnel les plus citées se trouvent les problèmes psychosomatiques tels que l'insomnie, l'hypersomnie et la faiblesse ; palpitations ; respiration courte ; tensions musculaires ; mal de dos ; migraines ;

dérèglements digestifs ; prise de poids ; l'augmentation de la consommation de substances (alcool, café, drogue, etc.). Des troubles émotionnels comme l'anxiété et la dépression ; des troubles d'attitude comme l'hostilité, l'apathie et la méfiance et des comportements agressifs, l'irritabilité et l'isolement (Fortin & Vanier, 1998; Grebot, 2008; Lim et al., 2010). De plus, l'épuisement professionnel est à l'origine des problèmes de performance au travail, de présentéisme, d'absentéisme et des problèmes interpersonnels (Fortin & Vanier, 1998).

La nature du travail est considérée comme l'un des déterminants de l'épuisement professionnel. Du même point de vue, l'environnement de travail, le type de gestion, les demandes et les pressions au travail, les difficultés liées aux rôles sont des facteurs qui peuvent accroître le stress, la détresse psychologique ainsi que l'épuisement professionnel (Fortin & Vanier, 1998; Grebot, 2008).

L'épuisement professionnel est très fréquent en milieu de travail, surtout chez les professionnels de la santé (Cañadas-De la Fuente et al., 2015; Ahola, Toppinen-Tanner, & Seppänen, 2017). Une revue systématique et méta-analyse regroupant soixante-sept (67) études de 1997 à 2017, un haut niveau d'épuisement émotionnel a été retrouvé chez 40 % des professionnels, de la dépersonnalisation chez 22 % et l'accomplissement personnel chez 19 % (Ahola, Toppinen-Tanner, & Seppänen, 2017). Dans une étude réalisée au Canada, la prévalence d'un niveau élevé d'épuisement professionnel auprès de 262 radiologistes et des stagiaires en radiologie est de 71,8 % pour l'épuisement émotionnel, 48,1 % pour la dépersonnalisation et 45,4 % pour l'accomplissement professionnel (Zha, Patlas, Neuheimer, & Duszak, 2018). Une étude menée auprès de 676 infirmières montre que le risque d'épuisement professionnel est élevé chez ces travailleurs (épuisement

émotionnel, 25 %, dépersonnalisation, 30 %, accomplissement personnel, 45 %) (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). De plus, dans une enquête réalisée aux États-Unis, chez les stagiaires en anesthésiologie, un niveau élevé d'épuisement professionnel a été trouvé chez 41 % des 1 508 répondants (de Oliveira et al., 2013).

1.4 - Horaire de travail atypique

Toute situation où les travailleurs sont appelés à travailler à un temps qui sont normalement réservé à la famille ou au repos ou au moment où la majorité de la société, les gens de leur famille ou de leurs réseaux sociaux ne travaillent pas, est considérée comme un horaire atypique (Le Bihan & Martin, 2004; Mills & Täht, 2010; Pease, Raether, Sponsor, & Morgan, 2003). En effet, cette situation fait référence à tous les horaires de travail autre qu'un horaire fixe standard (8h à 4h ; 9h à 5h du lundi au vendredi) selon l'entreprise, tels que : les horaires de travail qui débutent tôt le matin (avant 8h) ; les horaires de soir (après 18 heures) ; les horaires de nuit et les horaires de fin de semaine. Parmi cette catégorie on retrouve également : le travail en quart, les quarts de travail fractionnés, la semaine de travail comprimée, le travail sur appel et les horaires irréguliers (Davis, Goodman, Pirretti, & Almeida, 2008; Le Bihan & Martin, 2004; Mills & Täht, 2010; Nena, Katsaouni, Steiropoulos, Theodorou, & Constantinidis, 2018).

Les horaires atypiques sont différents d'un secteur à l'autre et d'une profession à l'autre (Le Bihan & Martin, 2004). Les horaires atypiques sont plus fréquents dans le secteur industriel, le secteur de vente et de service ainsi que dans les professions techniques; le travail en weekend est plus répandu chez les employés de services et chez les vendeurs (Le Bihan & Martin, 2004; Winkler et al., 2017).

Quand l' horaire atypique constitue un choix de l'employé, il est donc un facteur d'autorégulation, d'ajustement personnel, d'entente éclairée entre employeur et employé, c'est en effet une source de flexibilité leur permettant d'ajuster leurs horaires au besoin soin personnel et le temps réserver aux besoins des enfants selon les ressources disponibles (Le Bihan & Martin, 2004). Cependant, quand il devient une obligation, les horaires de travail atypiques ne sont pas sans conséquence sur les travailleurs. La littérature montre que les employés qui travaillent à des horaires atypiques rapportent plus de problèmes de santé physique et psychologique (Marchand et al., 2005a; Merkus, Holte, Huysmans, Van Mechelen, & Van Der Beek, 2015) que les employés à horaire régulier fixe (Merkus, Holte, Huysmans, Van Mechelen, & Van Der Beek, 2015)(Jamal, 2004).

Les horaires atypiques générer des conditions de travail plus à risque où les travailleurs sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé physique et mentale et exposés à d'importants risques de blessures et d'accidents de travail. (Kecklund & Axelsson, 2016; Moscone, Tosetti, & Vittadini, 2016; Norder et al., 2015; Quesnel-Vallée, DeHaney, & Ciampi, 2010;Tucker & Folkard, 2012). Selon certaines études, les horaires atypiques sont associés à des problèmes de santé physiques tels que : les problèmes cardiovasculaires, cardio-pulmonaires, gastro-intestinaux, le diabète de type II, les cancers, les troubles musculo-squelettiques, l'obésité, et l'hypertension artérielle (Esquirol et al., 2011; Finn, 1981; Merkus et al., 2015; Proper et al., 2016). À court terme, ils peuvent causer des troubles du sommeil, de la perturbation du cycle circadien (éveil/sommeil),(Bayon & Léger, 2014; Chaib, Gueroui, & Nezzal, 2015). Mais, au fil du temps, la présence continue du déséquilibre entre le travail et le rythme biologique pourrait accroître les possibilités de développer des maladies de la somnolence et peut, entre autres,

augmenter la fatigue de manière chronique. Ils sont aussi à la base des problèmes d'insomnie et de concentration (Kecklund & Axelsson, 2016; Tucker & Folkard, 2012; Norder et al., 2015).

Les horaires atypiques affectent tout autant la santé mentale des travailleurs, ils sont souvent associés à un haut niveau de stress au travail, de détresse psychologique, de dépression et d'épuisement professionnel (Angerer et al., 2017; Dansereau et al., 2017; Halouani et al., 2018; Jamal, 2004; Marchand et al., 2005a). Travailler à des horaires atypiques, principalement à des quarts de nuit, peut occasionner un manque de disponibilités pour les autres membres de la famille (soin des enfants) ou du cercle social, une baisse ou l'absence du soutien social de la part des autres et du conflit travail-famille qui font en sorte que ces personnes sont plus à risque de subir du stress et développer des problèmes de santé mentale (Greenhaus & Beutell, 1985; Vitale, Varrone-Ganesh, & Vu, 2015).

Ces conséquences peuvent affecter négativement la famille en réduisant la qualité des relations de couple (divorce, tensions) ainsi que la qualité des relations parents-enfants (réduction de l'attachement et des interactions parents-enfants) (Li et al., 2014) et sont associées au conflit travail-famille (Anker, Chernyshev, Egger, Mehran, & Ritter, 2003; Davis et al., 2008; Jamal, 2004; Mills & Täht, 2010; Davis et al., 2008). Dans une étude réalisée auprès 191 répondants travaillant de nuit, le risque de divorce est présent chez une (1) personne sur cinq (5); un (1) travailleur sur trois (3) a une perte d'appétit; une personne sur deux court un risque de perdre d'intérêt dans leurs activités quotidiennes et 39% des répondants déclarent avoir de problèmes de concentrations après leurs quarts de travail (Fasanya, Pope-ford, Shofoluwe, & Olaniyi, 2018). Fasanya & Pope-Ford, (2017) a

trouvé, dans une étude, que les hommes travaillant de nuit sont 12 % plus dépressif que les femmes, mais les femmes ont plus de difficulté à retrouver le sommeil après un quart de nuit que les hommes. Selon Jamal (2004), ces employés présentent un niveau de motivation intrinsèque, d'utilisation de compétence plus bas que les employés à horaire standard ainsi qu'un taux d'absentéisme plus élevé.

1.5 - Conflit travail-famille

La littérature présente le conflit travail famille selon une perspective bidirectionnelle ou réciproque : le conflit travail-famille (CTF) et le conflit famille-travail (CFT) qui sont , à la base, deux conflits différents (Davis et al., 2008; Frone, Russell, & Cooper, 1992). Dans cette étude, on s'intéressera seulement au CTF. La majorité des recherches effectuées se penchent plus sur le CTF qui est plus fréquent comparativement au CFT (Allen, Herst, Bruck, & Sutton, 2000; Frone et al., 1992). Dans le cadre de cette recherche, on prendra en considération l'influence négative du CTF sur la santé mentale des travailleurs.

Le conflit travail-famille est en effet, un conflit de rôle résultant de l'opposition de l'ensemble des pressions dues à la participation dans des rôles différents (Greenhaus & Beutell, 1985), dans lequel interfèrent des demandes incompatibles (les exigences et les responsabilités liées au travail et à la famille) au détriment de la santé mentale (Cooklin et al., 2016; Davis et al., 2008; Greenhaus & Beutell, 1985; Voydanoff, 1988; Yildirim & Aycan, 2008). À l'intérieur de ce conflit, le rôle dominant peut rendre difficile l'exécution du second rôle, voir sa détérioration (Davis et al., 2008)

Greenhaus et Beutell (1985) présentent trois aspects majeurs de conflit travail-famille : le **temps**, le **stress**, le **comportement**. Le conflit basé sur le **temps** met en évidence une contrainte de temps dans l'accomplissement des différents rôles. Il est associé au travail

excessif, aux conflits d'horaire et la surcharge des rôles. Entre autres, le temps consacré à un des rôles fait en sorte qu'il est physiquement impossible de satisfaire aux exigences de l'autre, dans un rapport de dominance. Dans le conflit basé sur le temps, la fatigue est liée à la surcharge de travail peut être également à la base d'un manque de disponibilité psychique pour répondre aux besoins familiaux. Le conflit basé sur le **stress** prend naissance quand le stress généré par un des rôles affecte la performance de l'autre rôle. De même, le stress au travail influence négativement le rôle familial et rend plus difficile la réponse aux demandes familiales, le stress dans le milieu familial nuit à la performance au travail. On parle de conflit basé sur le **comportement** quand les personnes sont incapables d'ajuster leurs attitudes aux différents rôles.

Les sources de conflit travail-famille sont principalement le travail et la famille (Greenhaus & Beutell, 1985). À l'origine du conflit travail-famille, on retrouve : les **facteurs liés au travail** (degré de participation au travail, nombre d'heure de travail, heures supplémentaires, horaires atypiques de travail, surcharge de travail, travail excessif, manque de support des collègues et des supérieurs, demandes psychologiques et physiques du travail) (Greenhaus & Beutell, 1985; Major, Klein, & Ehrhart, 2002; Voydanoff, 1988; Yildirim & Aycan, 2008), les **facteurs familiaux** (caractéristiques des rôles familiaux, nombre d'heures travaillées en dehors de la maison, nombre et âge des enfants, nombre d'heures consacrées aux soins des enfants, caractéristiques de l'emploi du conjoint, conflits familiaux, absence de support familial) et les **facteurs sociodémographiques** (attribution traditionnelle des rôles selon le genre, ambiguïté entre les rôles, profession, situation matrimoniale) (Davis et al., 2008).

Les horaires irréguliers, les fortes demandes et le manque de support des superviseurs demeurent plus cruciaux dans la génération de conflit travail-famille (Yildirim & Aycan, 2008). Les études ont observé que le conflit famille-travail est positivement relié à la détresse au travail contrairement au conflit famille-travail qui a une relation positive avec la détresse familiale et est en soi une source de stress importante (Haines, Harvey, Durand, & Marchand, 2013; Shukri, Jones, & Conner, 2018). Les conséquences sont néfastes pour la santé physique et psychologique (Greenhaus, Allen, & Spector, 2006; Haines et al., 2013). La littérature recense des problèmes d'obésité et de surpoids (Shukri et al., 2018), des douleurs musculo-squelettiques, en majorité, lombaires et cervicales (Nützi, Koch, Baur, & Elfering, 2015), des problèmes de santé mentale, particulièrement de détresse psychologique (Kossek, Baltes, & Matthews, 2011; Oshio, Inoue, & Tsutsumi, 2017). De plus, les études de Lambert & Hogan, (2010), Camerino et al., (2010) révèlent une relation positive entre le conflit travail-famille et l'épuisement professionnel. En effet, le degré de conflit travail-famille est un facteur significatif de d'épuisement professionnel (Smith, DeJoy, Dyal, & Huang, 2017). L'étude de Rupert, Stevanovic, & Hunley, (2009) montre que le conflit travail-famille et le conflit famille-travail sont reliés significativement à l'épuisement professionnel. Plus ces conflits sont présents, plus les personnes ont un bas niveau d'accomplissement personnel, beaucoup plus d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation. En effet, les problèmes de santé mentale sont généralement plus fréquents chez les femmes vivant du conflit travail-famille ; ils sont moindres quand elles ont le support (financier, émotionnel) de leur conjoint ou de leurs réseaux sociaux (amis et autres) (Grice et al., 2007).

1.6 - Facteurs sociodémographiques et la santé mentale au travail

Plusieurs études recensent des facteurs de risques associés aux problèmes de santé mentale au travail. En effet, les facteurs considérés dans le cadre de cette étude sont les suivantes :

1.6.1- Les facteurs sociodémographiques

Sexe : Dans le cadre de cette recherche, le sexe est considéré comme une identification biologique (homme, femme) des participants. Selon plusieurs études, les femmes sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé mentale comparativement aux hommes (Marchand & Blanc, 2011; Watanabe, Imamura, & Kawakami, 2016). La prévalence des symptômes de détresse psychologique, de la dépression et de l'épuisement professionnel sont fréquemment plus élevée chez les femmes (Cleary & Mechanic, 1983; Khlat, Legleye, & Sermet, 2014; Marchand, Blanc, & Durand, 2015; Norlund et al., 2010; Watanabe et al., 2016). De manière générale, les femmes rapportent également plus d'épisodes de dépression que les hommes (Mausner-Dorsch & Eaton, 2000) et ce, indépendamment de leur statut matrimonial ou du secteur d'emploi (Cleary & Mechanic, 1983).

Statut matrimonial : Indépendamment du sexe, les personnes qui ne sont pas en couple sont plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale (Khlat et al., 2014; Marchand & BLanc, 2010; Marchand, Durand, Haines, & Harvey, 2014). Entre autres, avoir des enfants et vivre du stress résultant du mariage et/ou des enfants sont aussi néfaste pour la santé mentale (Cleary & Mechanic, 1983). Le nombre d'enfants à bas âge dans le foyer peut accentuer les conséquences non seulement sur la santé mentale des travailleurs, mais également sur les enfants eux-mêmes (Cleary & Mechanic, 1983; Marchand et al., 2014). Des études réalisées depuis longtemps déjà et d'autres, plus récentes, ont montré

que ces différences sont encore plus marquées chez les personnes séparées ou divorcées ou veuves (Cleary & Mechanic, 1983) .

Âge : les travailleurs plus jeunes tendent à rapporter plus de détresse psychologique (Cleary & Mechanic, 1983). Cependant, les études réalisées par Marchand et al. (2015) ont montré que l'âge constitue un facteur explicatif de moindre importance pour la détresse psychologique ; il explique mieux un niveau élevé de dépression et d'épuisement émotionnel. Par contre, l'âge est associé positivement à l'épuisement professionnel dans la population en générale (Ahola et al., 2006).

Scolarité : Wang, Schmitz, & Dewa (2010) ont montré qu'il existe une relation négative entre la scolarité et la dépression majeure. Moins on est scolarisé, plus on est à risque de souffrir de dépression majeure. Aussi, les études de Khlai et al. (2014) et de Norlund et al., (2010) ont montré que le risque de détresse psychologique est plus élevé pour les femmes moins scolarisées que les hommes.

Profession : La profession exercée a un effet sur le bien-être psychologique (Ariza-Montes, Arjona-Fuentes, Han, & Law, 2018). Selon Marchand & Blanc (2010), la prévalence des symptômes de détresse psychologique est plus élevée chez les administrateurs, les ingénieurs physiques, les professionnels de la santé, les contremaîtres, les travailleurs industriels qualifiés que chez les gestionnaires. Le risque de dépression est plus élevé pour le personnel de bureau et le personnel non qualifié, alors que le secteur tertiaire est à risque d'éprouver des symptômes dépressifs, et d'épuisement professionnel (Marchand et al., 2015).

Rôles sociaux du genre : Traditionnellement, les tâches ménagères et le soin des enfants sont généralement réservés aux femmes alors que les hommes s'occupent des activités économiques (Schieman, Ruppanner, & Milkie, 2018). De plus en plus, les femmes prennent place sur le marché du travail, mais ne se désemparent pas pour autant des autres tâches qui leurs sont socialement attribuées (tâches ménagères, soin des enfants etc.). Les études ont montré que les rôles sociaux du genre constituent un facteur de risque important dans le développement des problèmes de santé mentale chez les travailleurs (Ruppanner, Perales, & Baxter, 2018; Schieman et al., 2018; Simon, 1995). Toutefois, les études ont montré depuis longtemps déjà que le stress relatif au rôle parental est un déterminant important pour la détresse psychologique et la dépression, principalement chez les femmes (Cleary & Mechanic, 1983).

Revenu : Le revenu est un important déterminant de la santé mentale chez les individus. Plus le revenu est élevé, moins les travailleurs sont stressés et sont de ce fait moins à risque de développer des problèmes de santé mentale (Cleary & Mechanic, 1983; Kosidou et al., 2011; Marchand et al., 2015; J. L. Wang et al., 2010)). Selon Vézina et al., (2008), le niveau de détresse psychologique passe de 21 % à 39 % pour un niveau de revenu bas et élevé respectivement.

1.6.2 - Autres facteurs associés aux conditions de travail

Les études réalisées sur la santé mentale des travailleurs ont également montré que plusieurs facteurs de risque sont associés aux conditions de travail dans les entreprises (Harvey et al., 2017). En effet, certains aspects du travail peuvent influencer la santé mentale des travailleurs, la consommation des psychotropes et augmentent le risque de

blessure au travail (Moscone, Tosetti, & Vittadini, 2016; Quesnel-Vallée, DeHaney, & Ciampi, 2010; Virtanen et al., 2005). Les différentes études ont surtout recensé le statut d'emploi temporaire (Canivet et al., 2017; Moscone et al., 2016; Quesnel-Vallée et al., 2010; Angerer et al., 2017; Harvey et al., 2017; Kawachi & Berkman, 2001; Halouani et al., 2018), l'environnement de travail (Harvey et al., 2017; Theorell et al., 2015), l'organisation du travail, les relations sociales au travail (Kawachi & Berkman, 2001), le nombre heures de travail (Müller, Tisch, & Wöhrmann, 2018; Virtanen et al., 2018) et les horaires atypiques de travail (Angerer et al., 2017; Dansereau et al., 2017; Halouani et al., 2018) comme des facteurs de risque associés à la santé mentale des travailleurs.

En effet, selon la littérature, avoir un emploi représente un facteur de protection contre les problèmes de santé mentale. Avoir un emploi est associé au bien-être de l'individu, un facteur de protection pour la détresse psychologique, la dépression et l'épuisement professionnel et représente une occasion de se réaliser, une source de satisfaction personnelle et professionnelle (Drapeau et al., 2012; Vézina et al., 1992). Contrairement, le chômage est considéré comme un facteur de risque, pouvant occasionner des problèmes de santé mentale. Les personnes qui ne travaillent pas présentent un niveau de détresse psychologique plus élevé que les personnes en emploi (Drapeau et al., 2012). Ceci s'explique non seulement par la possibilité pour les travailleurs d'avoir un rôle social, mais aussi par la capacité de se procurer des ressources financières ainsi que l'opportunité que leur procure le travail d'utiliser leurs compétences, de socialiser et de détenir un certain contrôle sur la réalisation de leurs tâches (Drapeau et al., 2012).

Cela nous amène à déduire que le travail en soi ne représente aucun risque pour la santé mentale des travailleurs, mais les conditions de travail, l'environnement de travail et

l'organisation du travail (Vézina et al., 1992). Parmi les conditions de travail recensées dans la littérature, une faible latitude décisionnelle, de fortes demandes psychologiques, physiques et contractuelles, un déséquilibre effort-récompense et l'insatisfaction au travail sont associés à des problèmes de santé mentale au travail (Fransson & Kivimäki, 2017; R. Karasek, 1979; Magnusson Hanson, Theorell, Oxenstierna, Hyde, & Westerlund, 2008; Marchand & BLanc, 2010; Nieuwenhuijsen et al., 2010; Stansfeld & Candy, 2006b). Par contre, l'autorité décisionnelle ainsi que l'utilisation des compétences sont considérées comme des facteurs de protection aux problèmes de santé mentale Mausner-Dorsch & Eaton, 2000).

1.7 - Modèle explicatif du stress au travail

Dans cette section, nous présenterons deux modèles qui tendent à expliquer les liens entre le stress au travail et la santé mentale des travailleurs. Il s'agit du modèle « Demandes-Contrôle » de Karasek (1979) et du modèle « Demandes-Contrôle-Soutien » de Karasek et Theorell (2000).

1.7.1 - Modèle demandes-contrôle

Le modèle Demandes-Contrôle de Karasek (1979) a été établi pour clarifier les contradictions résultantes de l'effet des demandes psychologiques et de la latitude décisionnelle distinctement sur le travail. Ce modèle suggère que la santé mentale ne résulte pas seulement de l'aspect individuel de l'environnement de travail, mais aussi d'une interaction entre les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle. Le modèle propose, entre autres, la redéfinition des processus de travail qui pourrait diminuer le stress au travail sans changer les demandes psychologiques qui peuvent être associées à la performance organisationnelle.

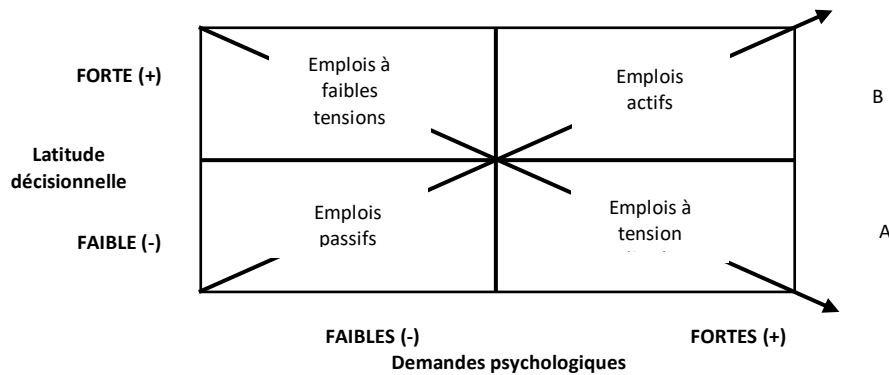


Figure 1 - Modèle Demandes-Contrôle

Les principales composantes du modèle de Karasek (1979) sont : les demandes psychologiques et l'autorité décisionnelle.

Les demandes psychologiques font référence à la charge de travail, la quantité, la qualité, la complexité des tâches ainsi que les contraintes de temps de réalisation de ces dernières. Elles prennent en compte les exigences intellectuelles et les contradictions présentées par l'environnement de travail.

La latitude décisionnelle encore appelée contrôle au travail ou discrétion. Elle est représentée par deux indicateurs :

1. L'autonomie décisionnelle qui se définit comme étant le contrôle potentiel qu'un individu peut exercer sur les différents aspects des tâches qui lui sont assignées, sur les exigences du travail et sur sa conduite. Elle comprend la participation des travailleurs aux prises de décisions et leur capacité d'influencer les politiques organisationnelles ou un groupe de travail.
2. L'utilisation des compétences qui prend en compte, à la fois, le degré d'emploi de ces compétences et le développement de nouvelles aptitudes pour faire face aux demandes psychologiques.

L'interaction entre les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle du modèle de Karasek (1979) produit quatre types d'emploi. Les emplois passifs (faible latitude – faibles demandes) ; les emplois actifs (forte latitude – fortes demandes) ; les emplois à faible tension (forte latitude – faibles demandes) et les emplois tension élevée (fortes demandes – faible latitude). La **diagonale B** (emplois à fortes tension/emplois tension élevée) prédit que la tension augmente tant que les demandes psychologiques augmentent et que la latitude décisionnelle diminue. Les travailleurs de cette catégorie d'emploi sont susceptibles de présenter des troubles du sommeil, de l'anxiété, de l'épuisement (fatigue après travail), de dépression, de nervosité et d'insomnie. Ils font une utilisation excessive de médication, sont souvent absents du travail et sont plus à risque d'avoir des problèmes de santé mentale (R. Karasek, 1979). L'utilisation des compétences et la possibilité de participer à la prise de décision représentent des opportunités pour les travailleurs d'exercer leurs jugements, ce qui a pour effet d'augmenter l'habileté et la capacité individuelle de s'adapter à l'environnement de travail (Karasek, 1979). La **diagonale A** (emplois actifs/emplois passifs) fait référence au degré de satisfaction des travailleurs dans certaines catégories d'emploi. Les emplois actifs procurent plus de satisfaction au travail que les emplois passifs et réduisent la possibilité de faire de la dépression par le fait que les travailleurs de cette catégorie d'emploi ont l'opportunité d'utiliser leur jugement et leur discrétion et ont une participation active aux décisions organisationnelles et une possibilité de croissance au travail.

D'après Karasek, (1979), il est tout à fait possible d'atteindre le niveau de productivité souhaité en augmentant le degré de latitude décisionnelle des travailleurs sans

pour autant changer les demandes psychologiques préalables, quel que soit le niveau d'emploi.

De nombreuses études empiriques viennent en appui au modèle contrôle-demandes-contrôle de Karasek, (1979) (Häusser, Mojzisch, Niesel, & Schulz-Hardt, 2010; Perry, Rubino, & Hunter, 2018; Portela, Griep, Landsbergis, & Rotenberg, 2015). l'étude longitudinale réalisée par Mausner-Dorsch & Eaton (2000) auprès d'une population de 175 211 adultes révèle une forte association entre la latitude décisionnelle et le stress au travail, particulièrement avec les trois formes de dépression étudiées (épisode de dépression majeure, syndrome de dépression et la dysphorie). De même, l'étude de Padyab, Backteman-Erlanson, & Brulin, (2016) montre que les échelles des demandes psychosociales, de la latitude décisionnelle, du support social et du *coping* sont corrélées au *burnout* (l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation). De plus, l'augmentation de la latitude décisionnelle peut modérer l'effet négatif des exigences professionnelles sur les différents résultats psychologiques (Cendales-Ayala, Useche, Gómez-Ortiz, & Bocarejo, 2017).

Cependant, Bültmann, Kant, Van Den Brandt & Kasl (2002) dans une étude réalisée sur la fatigue au travail auprès de 8 833 employés n'ont trouvé aucune association entre la détresse psychologique et la latitude décisionnelle. De même, dans l'étude réalisée par Ariza-Montes et al. (2018), aucune association n'a été observée entre la latitude décisionnelle et le bien-être psychologique.

1.7.2 - Modèle Demandes-Contrôle-Soutien

Le modèle Demandes-Contrôle-Soutien de Karasek & Theorell (1990) est une version modifiée du modèle Demandes-Contrôle de Karasek (1979) dans lequel le soutien social (des collègues et supérieurs) joue un rôle modérateur dans la relation existante entre les demandes psychologiques et la latitude décisionnelle et la santé mentale des travailleurs. Appelé *iso-strain* (modèle de tensions liées à l'isolement), ce modèle suppose que lorsqu'un travailleur fait face à de fortes demandes psychologiques et à de faibles latitudes décisionnelles dans un environnement de travail exempt de soutien social, le niveau de stress au travail est de loin plus élevé que si ces travailleurs avaient un soutien social adéquat. C'est-à-dire que le soutien social peut à la fois accroître et décroître l'effet des demandes psychologiques et de la latitude décisionnelle sur la santé mentale au travail dépendamment de son intensité ou de son existence en milieu de travail.

Plusieurs recherches corroborent le modèle Demande-Contrôle-Ressource (DCR) de Karasek et Theorell (1990). Une étude ayant examinée une association entre le modèle DCR et de l'engagement au travail de (Brough et al., 2013) stipule que les ressources (soutien des supérieurs et des collègues) sont associées positivement à l'engagement des travailleurs. Plus récemment, les résultats de la méta-analyse d'Asif, Javed, & Janjua (2018) ont montré que les ressources au travail (contrôle et soutien social) sont des facteurs explicatifs de satisfaction et de bien-être au travail quand les demandes sont des sources d'anxiété et de stress. De plus, l'étude de Vassos, Nankervis, Skerry & Lante (2017) a indiqué qu'une lourde charge de travail combinée avec une faible latitude décisionnelle et un faible soutien des collègues a pour effet d'augmenter le risque d'épuisement professionnel et de diminuer l'engagement au travail. Les résultats de l'étude de (Rajaleid,

Jansson-Fröjmark, Westerlund, Magnusson Hanson, & Ählin, 2017) conclut que les exigences professionnelles élevées combinées à un faible soutien social sont associées à des épisodes de symptômes dépressifs plus défavorables. Wang, Cai, Qian, & Peng, (2014) révèle que l'effet du stress sur la santé mentale, particulièrement la dépression, est moins significatif quand le support social est élevé.

Par contre, l'étude d'Ariza-Montes et al. (2018) sur le bien-être au travail de différentes occupations a permis d'identifier les effets des demandes psychologiques et du soutien social sur le bien-être psychosocial, alors que tel n'est pas le cas pour la latitude décisionnelle. Le soutien social, spécifiquement celui des superviseurs et des collègues, atténue les effets négatifs des demandes psychologiques sur le bien-être psychologique. De même, les études (transversale et longitudinale) de Brough et al., (2013) ne supportent pas le fait que les ressources au travail réduisent la relation positive existante entre les demandes et le stress au travail.

Chapitre 2 - Problématique et modèle de recherche

Le chapitre deux (2) est constitué de deux (2) sections. Dans la première section, la problématique de recherche et la question de recherche seront présentées. La deuxième section présente dans un premier temps le modèle conceptuel, dans lequel les liens entre les concepts à l'étude sont établis et dans un deuxième temps les hypothèses qui découlent du modèle.

2 - Problématique

Avec la mondialisation et d'autres facteurs socioéconomiques ; sociodémographiques (vieillesse de la population) ; génériques (intégration des femmes sur le marché du travail) le monde du travail connaît de nombreux changements (Lewis, Rapoport, & Gambles, 2003; Visser, 2018). Ces changements surviennent tant au niveau de l'organisation du travail, dans les politiques d'emploi, dans les lois de travail, dans les structures, dans les qualités et statuts d'emploi, que dans les horaires de travail (augmentation de la fréquence des horaires atypiques) (Dansereau et al., 2017; Dawson, McCulloch, & Baker, 2001; Lewis et al., 2003).

En plus de l'expansion des horaires atypiques due aux facteurs socioéconomiques, au Canada, l'aménagement du temps de travail est une des mesures d'organisation de travail qui vise la gestion du conflit travail-famille. Encouragé et prôné par le Ministère de la famille, certaines entreprises du Québec et du Canada adoptent l'aménagement du temps de travail comprend : la réduction du temps de travail qui permet aux employés de travailler moins d'heures que la normale ; l'horaire de travail adapté qui comprend l'horaire flexible, l'horaire à la carte ; la semaine de travail comprimé qui vise à réduire le nombre de jours de travail en augmentant le nombre d'heures quotidien de travail ; l'utilisation des banques

d'heures. Toutes ces mesures, sauf la réduction du temps de travail, peuvent générer des horaires atypiques (BNQ, 2010).

Cependant, dans la littérature, les horaires de travail peuvent avoir des effets négatifs sur la santé physique, psychologique et au bien-être (Boivin, Tremblay, & James, 2007). Selon Lefrançois, Saint-Charles, & Riel (2017), les horaires atypiques causent des problèmes sociaux et de santé chez un (1) travailleur sur cinq (5) au Québec et au Canada. D'autres études montrent que les personnes que travaillent à des horaires atypiques sont plus susceptible de présenter des symptômes de dépression, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel (Jamal, 2004; Marchand et al., 2005a; Merkus et al., 2015; Torquati, Mielke, Brown, Burton, & Kolbe-Alexander, 2019). De plus, les horaires atypiques, principalement ceux rotatifs, ont pour effet d'augmenter les conflits travail-famille (Tuttle & Garr, 2012).

Alors que les problèmes de santé mentale sont fréquents en milieu de travail et ne sont pas sans conséquence sur les entreprises ainsi que sur l'économie (Sutherland & Abhi, 2018; Goetzel et al., 2004 ; Lerner & Henke, 2008, Sandersan & Andrew, 2006; Dewa et al., 2004). D'après les données de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), au Canada, les coûts salariaux associés à des problèmes de santé mentale des employés représentent une proportion de 14% des profits annuels des entreprises. L'économie canadienne enregistrerait une perte de près de 30 milliard de dollars à cause des problèmes de santé mentale et de toxicomanie (The Scientific Advisory Committee to the global business and economic roundtable on addiction and mental Health., 2002). Les études menées sur les problèmes de santé mentale ont montré que les effets peuvent se traduire par une baisse de productivité, une incapacité des employés à répondre aux besoins

des entreprises, une baisse de performance des employés et des taux d'absentéisme et de présentéisme plus élevés (Cocker et al., 2011; Collins et al., 2005; Johns, 2009, 2011; Halouani et al., 2018)

Dans le cadre de cette étude, la question de recherche est la suivante : les horaires de travail atypiques, le conflit travail-famille, l'autorité décisionnelle et les demandes psychologiques ont-ils des conséquences sur la santé mentale (la détresse psychologique, la dépression et l'épuisement professionnel) ?

2.1 - Modèle conceptuel

Le modèle conceptuel illustré à la **Figure 2** présente les différentes relations entre les principales variables à l'étude en fonction des questions spécifiques de recherche. Il suppose que les horaires atypiques (les quarts normaux de soir, les quarts normaux de nuit, les horaires irréguliers ou imprévisibles de jour, de soir ou de nuit) auront une influence négative sur la santé mentale (la détresse psychologique, la dépression et l'épuisement professionnel incluant ses trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'accomplissement personnel). De nombreuses études ont observé que les différents types d'horaires atypiques sont associés au risque de développer des problèmes de santé mentale (Cheng & Cheng, 2017; Marchand et al., 2005b; Merkus et al., 2015; Pease et al., 2003; Torquati et al., 2019)

Cette Figure suppose aussi que le conflit travail-famille peut avoir des effets négatifs sur la santé mentale de travailleur. Plusieurs études montrent que le conflit travail-famille peut être néfaste pour la santé mentale des travailleurs (Camerino et al., 2010b; Major et al., 2002; Marchand et al., 2005a).

Ce modèle explique que le degré d'autonomie décisionnelle peut apporter des éléments positifs pour la santé mentale des travailleurs (Bourbonnais et al., 1998; Dall'ora, Ball, Reinius, & Griffiths, 2020) ; alors que les demandes psychologiques auraient un effet contraire (Kinman, Clements, & Hart, 2017; Marchand et al., 2005a). Enfin, cette Figure conclut que les variables de contrôle (l'âge, le genre féminin, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le statut matrimonial et la situation de double emploi) auront une influence positive ou négative sur cette relation.

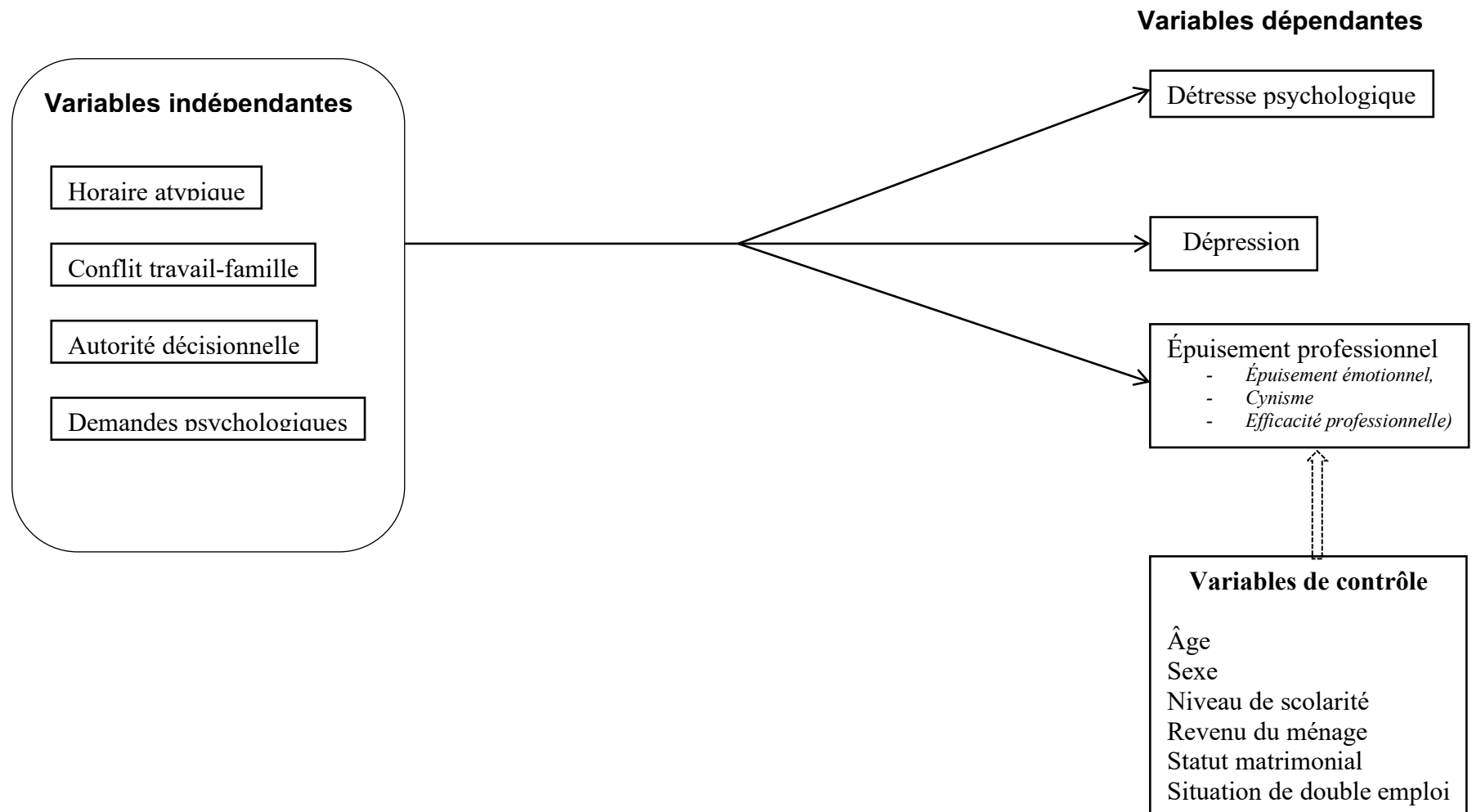


Figure 2 - Modèle conceptuel

2.2 - Hypothèses de recherche

Le modèle théorique ci-dessus présente les problèmes de santé mentale les plus répandus en milieu de travail (détresse psychologique, dépression et épuisement professionnel). Il souligne la contribution de l'horaire atypique, du conflit travail-famille et des demandes psychologiques dans l'augmentation du risque de développer des problèmes de santé mentale. Il appuie aussi que l'autorité décisionnelle aurait pour effet de diminuer ce risque. Les hypothèses posées sont les suivantes :

Hypothèse 1 : Les horaires atypiques sont positivement associés aux problèmes de santé mentale (dépression, détresse psychologique et d'épuisement professionnel)

Cette hypothèse stipule que les horaires atypiques de travail sont associés à l'augmentation du risque de présenter des problèmes de santé mentale. En effet, ces travailleurs sont plus susceptibles des souffrir d'insomnie, de faire face à des problèmes de conciliation travail-famille et de recevoir moins de soutien social. Ces facteurs font en sorte qu'ils ressentent plus de stress et développent des symptômes de dépression, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel (Marchand et al., 2005a; Merkus et al., 2015; Torquati et al., 2019).

Hypothèse 2 : Le conflit travail-famille est positivement associé aux problèmes de santé mentale (dépression, détresse psychologique et d'épuisement professionnel)

Selon cette hypothèse, le conflit travail-famille est associé au risque de présenter des problèmes de santé mentale. En effet, le travailleur se trouvant dans la situation où la sphère de la vie professionnelle imprègne sur sa vie familiale à un niveau il n'arrive pas à répondre aux demandes de la famille soit par manque de disponibilité ou d'énergie. Ceci

peut engendrer un sentiment de frustration et de culpabilité et l'individu peut subir du stress qui peut le mener à développer des troubles de santé mentale (Marchand et al., 2005a; Major et al., 2002; Obidoa, Reeves, Warren, Reisine, & Cherniack, 2011).

Hypothèse 3 : Le niveau d'autorité décisionnelle est associé négativement aux problèmes de santé mentale (dépression, détresse psychologique et d'épuisement professionnel).

Cette hypothèse stipule que le niveau d'autorité décisionnelle est associé à une diminution du risque de présenter des problèmes de santé mentale. Plus les travailleurs sont en contrôle de leur travail et la manière dont ils accomplissent leurs tâches, plus le risque est faible de développer des problèmes de santé mentale. Cette forme d'autonomie tend à diminuer le niveau de stress que peut engendrer le manque de contrôle de l'individu sur son travail (Bourbonnais et al., 1998; Dall'ora et al., 2020; Deschamps et al., 2018; Dompierre, Lavoie, & Pêrusse, 1993; Elovainio et al., 2015; Stansfeld & Candy, 2006b).

Hypothèse 4 : Les demandes psychologiques sont associées positivement aux problèmes de santé mentale (dépression, détresse psychologique et d'épuisement professionnel).

Cette hypothèse postule que les demandes psychologiques sont associées au risque de présenter des problèmes de santé mentale. Le niveau de demande psychologique est à considérer dans le milieu de travail. Plus la complexité et/ou le volume de travail sont élevés, plus le risque de développer des problèmes de santé mentale est grand (García-Sierra, Fernández-Castro, & Martínez-Zaragoza, 2016; Ilies, Dimotakis, & De Pater, 2010; Van den Broeck et al., 2017).

Chapitre 3 - Méthodologie

Ce chapitre a pour but de présenter les démarches méthodologiques utilisées pour atteindre les objectifs de cette étude. Pour la réalisation de ce mémoire, nous avons utilisé des données quantitatives tirées d'une étude transversale : l'étude SALVEO. À partir de ces données, des analyses seront réalisées afin de vérifier les hypothèses énoncées précédemment. Bien avant, nous allons présenter de manière détaillée la source des données et la population à l'étude. Par la suite, nous ferons état des indicateurs utilisés pour mesurer les différentes variables. À la fin de ce chapitre, les stratégies et les méthodes d'analyse seront abordées.

3 - Sources des données

Les données utilisées dans cette étude de mémoire proviennent de l'étude SALVEO, qui est une des plus importantes études réalisées sur la santé mentale au travail au Canada dans la province de Québec entre 2009 et 2012 en date d'aujourd'hui. Durant cette étude, les chercheurs se sont penchés sur une série de facteurs qui pouvaient contribuer à l'apparition de problèmes de santé mentale tels que la détresse psychologique, la dépression, et l'épuisement professionnel (*burnout*). Le but de cette étude était d'identifier les déterminants de la santé mentale tant au travail que hors travail et de développer des interventions adaptées aux entreprises qui ont participé (Dansereau et al., 2017). Des facteurs tels que l'organisation du travail, les relations familiales et professionnelles ainsi que certains traits individuels (estime de soi) et d'autres facteurs de risque potentiels comme les maladies chroniques, la consommation d'alcool excessive et autres ont été pris en compte. La réalisation de cette étude a reçu un certificat d'éthique à la recherche.

Cette étude est réalisée grâce au financement des Instituts de recherche en santé au Canada et le fonds de recherche du Québec – Santé. Sous la direction de l'Équipe de recherche sur le travail et la santé mentale (ERTSM) et le partenariat de la compagnie d'assurances Standard Life (acquise par Manuvie). La collecte des données s'est faite en deux temps. Au premier temps, un échantillon de soixante-trois (63) établissements différents choisis de manière aléatoire parmi 500 entreprises clientes d'une compagnie d'assurances. Le taux de participation chez les entreprises contactées fut de 41 % (Beauregard et al., 2018). Dans un deuxième temps, un nombre de 2 162 participants a été choisi parmi les 63 établissements dans lesquels un questionnaire a été autoadministré de manière individuelle durant les heures de travail afin d'évaluer les déterminants du travail et d'autres déterminants de la santé mentale des travailleurs pour un taux de réponse de 73,1 % (Beauregard et al., 2018). Les établissements sélectionnés comprenaient 247,1 employés en moyenne. Le nombre d'employés variait entre 25 et 1 900 employés.

3.1 - Population à l'étude

La population à l'étude est composée de travailleurs (n= 2 162) provenant du secteur privé dans le secteur manufacturier (n=19) et le secteur des services (n=44). La distribution des participants selon le sexe était de 48,6% de femmes et 51,4% d'hommes et l'âge moyen est de 40,8 ans. L'échantillon disponible pour réaliser l'étude est de 2 067 travailleurs après suppression des valeurs manquantes. Le taux de syndicalisation des entreprises participantes est de 34,9%, soit 22 entreprises syndiquées.

3.2 - Mesures

Dans cette section, nous présentons les outils utilisés pour mesurer les variables dans le but de réaliser nos analyses. Les mesures seront présentées distinctement dans la séquence qui suit : variables dépendantes, variables indépendantes, variables de contrôle.

3.2.1 - Variables dépendantes

Les variables retenues pour mesurer la santé mentale sont : les fréquences de détresse psychologique, de dépression et d'épuisement professionnel (*burnout*).

3.2.2 - Détresse psychologique

L'indicateur utilisé est le *General Health Questionnaire* comprenant 12 items (GHQ-12) a été utilisé. Le GHQ-12 est une version abrégée du GHQ-60. Ce questionnaire, GHQ-12 a été validé en milieu de travail et a montré de solides propriétés psychométriques avec un alpha de Cronbach de 0,94 (Lesage, Martens-Resende, Deschamps, & Berjot, 2011) . Ce questionnaire est composé d'items évaluant les symptômes liés à trois dimensions (3) : l'anxiété et la dépression, la dysfonction sociale et la perte de confiance. Dans l'étude SALVEO, le questionnaire a permis d'évaluer les symptômes de quatre (4) dimensions dont : la dépression, l'anxiété, l'insomnie et la désadaptation sociale. Une échelle comportant quatre (4) possibilités de réponse a servi pour répondre aux différents items. Pour établir la présence de détresse psychologique, le score global ($\alpha=0,85$) a été aussi dichotomisé selon un point de césure ≥ 3 ($0-3=0$; $4-12 = 1$) (Marchand et al., 2015).

Tableau II - Présentation de la variable détresse psychologique

Dimension	Indicateurs
Dépression	Récemment, avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites ? Récemment, avez-vous le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie ? Récemment, vous êtes-vous senti capable de prendre des décisions ? Récemment, avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés ? Récemment, avez-vous été capable de faire face à vos problèmes ? Récemment, avez-vous été malheureux et déprimé ? Récemment, vous êtes-vous senti raisonnablement heureux, tout bien considéré ?
Anxiété	Récemment, vous êtes-vous senti constamment tendu ou « stressé » ?
Insomnie	Récemment, avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis ?
Désadaptation sociale	Récemment, avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales ? Récemment, avez-vous perdu confiance en vous-même ? Récemment, vous êtes-vous considéré comme quelqu'un qui ne valait rien ?

3.2.3 - Dépression

La dépression a été mesurée par la deuxième édition du *Beck Depression Inventory* à 21 items (BDI-II, $\alpha=0,92$) une version modifiée du contenu du BDI (1978). Ce questionnaire permet de mesurer l'intensité des sentiments dépressifs et écarte les préjugés de l'évaluateur (Bourque & Beaudette, 1982). Pour vérifier la validité du BDI-II traduit en français, le questionnaire a été administré auprès d'étudiants de l'Université de Moncton (Bourque & Beaudette, 1982). Les items sont regroupés de sorte qu'ils reflètent les dimensions telles que le pessimisme, la haine de soi-même, le sentiment d'échec, la fatigabilité, l'inhibition pour le travail, les troubles de sommeil, le repliement social et l'insatisfaction. Elle présente une forte cohérence interne avec un coefficient de 0,92 pour la formule standard (21 items) utilisée dans l'étude. Les scores sont compris entre 0 et 63

avec les catégories suivantes : 0-9, absence de dépression ; 10-15, dépression légère ; 16-23, dépression modérée ; 24 et plus, dépression grave. (Bourque & Beaudette, 1982)

Dans l'étude SALVEO, le choix des réponses pour chaque item se base sur le sentiment ressenti au cours des deux (2) dernières semaines. Tous les items varient de 0 à 3 sauf les items 16 et 18, qui varient de 0 à 6 et sont transformés dans une nouvelle échelle de 0 à 3 de la manière suivante : (0=0 ; 1 et 2 = 1 ; 3 et 4 = 2 ; 5 et 6 = 3). Les symptômes dépressifs ont été évalués sur l'échelle globale de 0 à 63 et non sur des niveaux.

Tableau III - Présentation de la variable dépression

Variable	Indicateurs
Dépression	Inventaire de Beck : sentiment de tristesse ; sentiment de découragement par rapport à l'avenir ; sentiment d'avoir échoué dans la vie ; sentiment de plaisir pour les choses habituellement plaisantes ; sentiment de culpabilité ; sentiment d'être puni ; sentiment par rapport à soi ; critique par rapport à soi ; pensée suicidaire ; fréquence des pleurs ; agitation ; perte d'intérêt pour les gens ou les activités ; difficulté à prendre des décisions ; valorisation de soi ; énergie ; changement des habitudes de sommeil ; irritabilité ; perte ou gain d'appétit ; capacité à se concentrer ; sensation de fatigue ; perte d'intérêt pour la sexualité

3.2.4 - Épuisement professionnel

Pour mesurer l'épuisement professionnel, le questionnaire Maslach Burnout Inventory-General Survey comprenant seize (16) items a été utilisé. Contrairement au MBI, le MBI-GS a été élaboré pour permettre l'évaluation de l'épuisement professionnel chez les travailleurs de toutes occupations, pas seulement celles qui nécessitent un contact direct avec les bénéficiaires de services (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). L'épuisement professionnel est mesuré sous trois (3) dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme et l'efficacité professionnelle. Les trois (3) dimensions ont été validées auprès de plusieurs

populations (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). L'étude de Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, (2002) l'a validé auprès de huit occupations différentes. Une forte cohérence interne a été constatée avec un coefficient supérieur à 0,76 pour les trois dimensions.

Dans l'étude SALVEO, pour répondre au questionnaire, une échelle à sept (7) possibilités de réponse a été utilisée allant de 0=jamais à 6= chaque jour. Pour chaque dimension, le calcul a été effectué en dichotomisant la moyenne des items. De plus, un score global a été calculé avec la moyenne des items ($\alpha=0,89$).

Tableau IV - Présentation de la variable épuisement professionnel

Dimension	Indicateurs
Épuisement émotionnel	MBI-GS : Je sens que mon travail m'épuise sur le plan émotif ; Je me sens complètement vidé à la fin d'une journée de travail ; Je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que je dois affronter une nouvelle journée au travail ; Travailler toute la journée représente vraiment un effort pour moi
Cynisme	Je sens que mon travail m'épuise complètement ; J'ai moins d'intérêt pour mon travail depuis que j'ai commencé cet emploi ; Je suis devenu moins enthousiaste pour mon travail ; Je veux simplement faire mon travail et ne pas être dérangé ; Je suis devenu cynique à propos du fait que mon travail puisse contribuer à quoi que ce soit ; Je doute de la valeur de mon travail
Efficacité professionnelle	Au travail, j'ai vraiment l'impression que je suis efficace pour faire avancer les choses ; Je me sens stimulé lorsque j'accomplis quelque chose au travail ; J'arrive à résoudre efficacement les problèmes qui se présentent à mon travail ; Selon moi, je fais un bon travail Pour cette étude, j'ai accompli beaucoup de choses qui en valaient la peine ; J'ai l'impression que ma contribution est utile aux réalisations de cette organisation

3.3 - Variables indépendantes

3.3.1 - Horaire atypique de travail

La variable indépendante relative aux horaires de travail a été mesurée grâce au questionnaire autoadministré de l'Enquête Sociale et de Santé du Québec (ESSQ-98). Ce dernier a été validé par le groupe Léger et Leger Inc. et vérifié par l'Institut de statistique du Québec (Delavuy, Pica, Audet, Courtemanche, & Lapointe, 2000). Quatre choix de réponse variant de 1=jamais à 4=tout le temps avait été proposés aux répondants pour déterminer à quelle fréquence qu'ils sont exposés à un type d'horaire donné.

Dans le cadre de cette recherche, la variable horaire atypique a été calculée en combinant tous les types d'horaires. Cette variable comprend toutes les réponses pour lesquelles les travailleurs n'ont pas un horaire de jour.

Tableau V - Présentation de la variable indépendante

Dimension	Sous-dimension	Indicateur
Horaire atypique : Variable calculée dichotomique (0=horaire normal de jour ; 1=horaire atypique : quart de soir, nuit et irrégulier)	Quart de travail	Jour Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé à un horaire normal de jour ?
		Soir Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé à un horaire normal de soirée ?
		Nuit Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé à un horaire normal de nuit ?
	Horaire irrégulier	Dans le cadre de votre emploi actuel, êtes-vous exposé à un horaire de travail irrégulier ou imprévisible ?

3.3.2 - Autorité décisionnelle / demandes psychologiques

Les variables autorité décisionnelle et demandes psychologiques ont été évaluées avec le Job Content Questionnaire (JCQ-26) de (Karasek et al., 1998). Ce questionnaire permet d'évaluer les facteurs psychosociaux au travail (Niedhammer, 2002). Plusieurs auteurs ont validé le Job Content Questionnaire et ce dans différentes langues. Niedhammer, (2002) l'a validé auprès de travailleurs âgés entre 35 et 50 ans de la cohorte GAZEL. Dans cette étude, les deux variables ont présenté une cohérence interne avec un coefficient supérieur à 0,65 pour le questionnaire au complet ainsi que pour les sous-composants.

L'étude SALVEO a utilisé le JCQ-26 pour évaluer l'utilisation des compétences, l'autorité décisionnelle, les demandes psychologiques et le soutien social. Dans le cadre de cette étude, seulement deux variables seront utilisées : l'autorité décisionnelle et les demandes psychologiques. Les choix de réponses sont présentés sur une échelle de quatre (4) points variant de 1= pas du tout d'accord à 4 = tout à fait d'accord.

Tableau VI - Présentation des variables autorité décisionnelle et demandes psychologiques

DIMENSION	INDICATEURS
Autorité décisionnelle	J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail ; Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome ; J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.
Demandes psychologiques	Mon travail exige d'aller très vite ; Mon travail exige de travailler très fort mentalement ; On ne me demande pas d'effectuer une quantité de travail excessive; J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail ; Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres ; Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes ; Mon travail est souvent interrompu avant que je ne l'ai terminé, je dois alors y revenir plus tard ; Mon travail est très mouvementé ; Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.

3.3.3 - Conflit travail-famille

Pour évaluer la variable conflit travail-famille, le questionnaire tiré de l'étude réalisée par Gutek, Searle, & Klepa, (1991) a été utilisé. Le questionnaire a été validé dans deux études par Gutek et al., (1991) , dans les deux cas, il présente une forte cohérence interne et pour l'interférence du travail sur la famille ; avec des coefficients de 0,81 et 0,83 et pour l'interférence de la famille sur le travail avec des coefficients de 0,79 et 0,83.

Dans l'étude SALVEO, quatre items servent à mesurer le conflit travail-famille. Les choix de réponse sont présentés sur une échelle de cinq points variant de 1= tout à fait désaccord à 5= tout à fait en accord. Dans le cadre de cette étude de recherche, on utilisera seulement l'interférence du travail sur la famille.

Tableau VII - Présentation de la variable conflit travail-famille

DIMENSION	INDICATEURS
Conflit travail-famille	Après le travail, je reviens à la maison trop fatiguée pour faire certaines choses que j'aime ; Au travail, j'ai tellement de choses à faire que cela empiète sur mes intérêts personnels ; Mes proches n'aiment pas que je sois si préoccupé par ma vie professionnelle lorsque je suis avec eux ; Ma vie professionnelle m'empêche de passer le temps que je souhaiterais avec mes proches.

3.4 - Variables de contrôle

Nos variables de contrôle sont composées de facteurs sociodémographiques (âge, genre, scolarité) et de facteurs hors travail (revenu du ménage, statut matrimonial, situation de double emploi, horaire du conjoint). Les variables des facteurs sociodémographiques sont mesurées grâce au questionnaire issu de l'Enquête Sociale et de Santé du Québec (ESSQ-98) alors que celles des facteurs hors travail proviennent de l'enquête Nationale sur la Santé de la Population (ENSP). Ces deux questionnaires ont été validés par Statistique Canada.

Tableau VIII - Présentation des variables de contrôle

Facteurs	Variable	Indicateurs
Sociodémographiques	Âge	Quel est votre année de naissance ? Calcul : (Année de naissance) - (Année de l'enquête)
	Genre	Variable dichotomique : 0=Homme ; 1=Femme
	Scolarité	Quel est le diplôme académique le plus élevé que vous ayez obtenu ? Échelle ordinale (10 niveaux) : 1= Aucun ; 2= Secondaire général ; 3= Secondaire professionnel ; 4= Collégial-général ; 5= Collégial-technique ; 6= Universitaire-certificat de 1er cycle ; 7= Universitaire-baccalauréat ; 8= Universitaire-diplôme de 2e cycle ; 9= Universitaire-Maîtrise ; 10= Université-Doctorat
Situation familiale	Revenu du ménage	Quel a été le revenu total approximatif avant impôts et retenues de tous les membres du ménage au cours des 12 derniers mois, si l'on compte toutes les sources ? Variable ordinale (12 niveaux) : 1=Moins de 20,000\$; 2=20,000 à 29,000\$; 3=30,000à 39,000; 4=40,000 à 49,000\$; 5=50,000 à 59,000\$; 6=60,000 à 69,000\$; 7=70,000 à 79,000\$; 8=80,000 à 89,000\$; 9=90,000 à 99,000\$; 10=100,000 à 109,000\$; 11=110,000 à 119,000\$; 12=120,000 et plus.
	Statut matrimonial	Quel est votre état matrimonial actuel ? Échelle ordinale (10 niveaux) : 1= marié (e) ; 2= en union libre/conjoint (e) de fait ; 3 = veuf ou veuve ; 4= séparé (e) ; 5=divorcé(e) ; 6=célibataire, jamais marié. Variable dichotomique : 0=seul(e) ; 1= en couple
	Situation de double emploi	Actuellement, avez-vous un autre emploi ? Variable dichotomique : 0= Oui ; 1=Non

3.5 - Stratégie analytique

Pour la réalisation de cette recherche, d'abord des analyses descriptives ont été effectuées afin de dresser le portrait général de notre échantillon. Nous avons présenté la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population à l'étude. De plus, nous avons fourni la distribution des réponses selon la moyenne, l'écart type et les étendues pour les problèmes de santé mentale. Entre autres, des analyses descriptives représentant la prévalence des problèmes de santé mentale selon l'horaire de travail et la situation matrimoniale ont été réalisées. Ces analyses ont pour but de nous aider à observer les liens existants entre le type d'horaire, le soutien social et la présentation des problèmes de santé mentale chez les travailleurs.

Par la suite, des analyses de corrélation ont été réalisées afin d'observer les relations entre les différentes variables. Ces analyses nous ont permis de déterminer la direction des associations existantes entre les variables.

Enfin, des analyses de régression logistique ont été effectuées afin de tester la capacité de la variable indépendante (horaire atypique) à expliquer les problèmes de santé mentale.

Les analyses énumérées ci-dessus ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 25. Pour réaliser les analyses descriptives, le score total ($\alpha=0,91$) des symptômes dépressifs ont été dichotomisés selon un point de césure ≥ 20 pour déterminer les symptômes de dépression modérée et sévère. Pour ce qui est des analyses de régression logistique, l'échelle continue des variables dépendantes a été utilisée.

Chapitre 4 - Résultats

Ce chapitre est consacré aux résultats des analyses effectuées. Nous allons tout d'abord présenter les résultats des analyses descriptives. Ensuite, les résultats des analyses de corrélations bivariées seront exposées. Nous concluons ce chapitre avec la présentation des résultats des analyses de régression linéaire.

4. - Résultats des analyses descriptives

4.1- Analyse descriptive des variables indépendantes et des variables dépendantes

En ce qui concerne l'horaire atypique, 97% des participants ont rapporté avoir un horaire autre qu'un horaire standard de jour.

Le niveau moyen d'interférence pour le conflit travail-famille et l'autorité décisionnelle est respectivement 9,90 pour une échelle allant de 4 à 20 et de 8,62, une moyenne plus ou moins élevée pour une échelle variant de 3 à 12. Le niveau des demandes psychologiques est aussi faible avec une moyenne de 23,44 sur une échelle de 10 à 36.

Le niveau de détresse psychologique est relativement faible avec une moyenne de 2,16 sur une échelle variant de 0 à 12. Il en est de même pour la dépression qui présente une moyenne de 7,10 sur une échelle de 0 à 54.

Enfin, l'épuisement professionnel présentent un niveau faible pour l'épuisement émotionnel et le cynisme qui présente respectivement une moyenne de 1,69 et 1,47. Le niveau de sentiment d'efficacité est plus ou moins moyen avec une moyenne de 4,81. L'échelle pour la variable épuisement professionnel est de 0 à 6 pour les trois composantes.

Tableau IX - Tableau descriptif de la population à l'étude (variables indépendantes et dépendantes) (N=2 162)

Variables	N	Moyenne	Écart type	Min-Max
Variables indépendantes				
Horaire atypique	2136	0,97	1,15	0 - 4
Conflit travail-famille	2109	9,90	3,50	4 - 20
Demandes psychologiques	2141	23,44	3,86	10 - 36
Autorité décisionnelle	2141	8,62	2,00	3 - 12
Variables dépendantes				
Détresse psychologique	2160	2,16	2,62	0 - 12
Dépression	2152	7,10	7,13	0 - 54
Épuisement émotionnel	2145	1,69	1,36	0 - 6
Cynisme	2145	1,47	1,47	0 - 6
Efficacité professionnelle	2145	4,81	4,81	0 - 6

4.2 - Analyse de fréquence

Le Tableau IX dresse un portrait général de notre échantillon. L'âge moyen est de 40,8 ans. La population à l'étude est composée de 49 % de femmes et 69 % des individus ont déclaré être en couple. Seulement 7 % de la population ont plus qu'un emploi. Pour ce qui est du niveau de scolarité, 6 % de la population n'est pas scolarisé, 35 % ont complété un diplôme d'études secondaires. La proportion est égale pour ceux qui ont complété les études collégiales et de premiers cycles universitaires. Seulement 8 % de la population ont un niveau d'étude supérieure (2^e et 3^e cycle).

**Tableau X - Tableau descriptif de la population à l'étude, variables de contrôle
(N= 2 162)**

Variables	N	(%)
Sexe		
Féminin	1 039	48,64
Masculin	1 097	51,35
Situation matrimoniale		
En couple	1 469	69,12
Pas en couple	656	30,87
Autre emploi		
Oui	142	6,69
Non	1 980	93,30
Niveau de scolarité		
Aucun	132	6,28
Secondaire	734	34,92
Collégial	526	25,03
Premier cycle universitaires	535	25,46
Cycle supérieur gradués	174	8,26
Revenu annuel du ménage		
Moins de \$ 20 000	54	2,67
Entre \$ 20 000 et \$ 49 000	548	27,14
Entre \$50 000 et \$ 99 000	866	42,89
\$ 100 000 et plus	550	27,24
<i>Âge moyen (40,8 ans)</i>		

4.3 - Analyse descriptive représentant le taux de prévalence des problèmes de santé mentale chez les hommes et les femmes

Les résultats des analyses descriptives présentées dans le Tableau X montrent que le taux de prévalence des symptômes de détresse psychologique est plus élevé chez les femmes (53 %) que chez les hommes (47 %). Il en est de même pour le taux de prévalence de dépression. Le taux de prévalence de dépression est de 62 % chez les femmes comparativement à 38 % chez les hommes. Pour ce qui est des composantes d'épuisement professionnel, le taux de prévalence des symptômes d'épuisement émotionnel est plus élevé chez les femmes (57 %) que chez les hommes (43 %). Cependant, le taux de prévalence est plus élevé chez les hommes comparativement aux femmes pour les

symptômes de cynisme et d'efficacité professionnelle. Pour les hommes et les femmes, les taux de prévalence sont respectivement de 54 % et de 46 % pour le cynisme ; de 52 % et de 48 % pour l'efficacité professionnelle. Nos résultats ne sont pas totalement différents de ceux des études antérieures. Les résultats de l'étude de Marchand et al., (2015) ont observé une différence significative entre les hommes et les femmes pour les symptômes de dépression, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel. Selon les résultats des études de Van de Velde, Bracke, & Levecque, (2010) et de Lim et al., (2018) les femmes présentent un plus haut niveau de dépression que les hommes. D'autres études appuient également que les femmes rapportent plus de symptômes détresse psychologique que les hommes (Cleary & Mechanic, 1983; Khlat et al., 2014).

Tableau XI - Analyse descriptive représentant le taux de prévalence des problèmes de santé mentale chez les hommes et chez les femmes (N= 2 067).

<i>Symptômes</i>	<i>Masculin</i>		<i>Féminin</i>	
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Détresse psychologique	241	(46,61)	276	(53,38)
Dépression	49	(37,98)	80	(62,01)
Épuisement émotionnel	108	(42,85)	144	(57,14)
Cynisme	97	(54,18)	82	(45,81)
Efficacité professionnelle	977	(51,80)	909	(48,19)

4.4 - Analyses descriptives (tableaux croisés)

Les analyses descriptives présentées ci-dessous sont réalisées dans le but souligner l'importance de l'appui social (partenaire) dans le risque de développer des problèmes de santé mentale. Elles nous permettent de faire une comparaison de prévalence entre les personnes qui sont en couple, qui travaillent à un horaire de jour et celles qui travaillent à un horaire atypique.

4.4.1. – Analyse descriptive représentant le taux de prévalence des problèmes de santé mentale selon l'horaire de travail et la situation matrimoniale.

Les Figures 3 à 7 représentent la proportion de personnes présentant des symptômes de détresse psychologique, de cynisme, d'efficacité professionnelle, d'épuisement émotionnel et de dépression selon l'horaire de travail et la situation matrimoniale. Selon les résultats présentés dans les graphiques suivants, le taux de prévalence des problèmes de santé mentale est plus élevé chez les personnes qui ne vivent pas en couple comparativement à celles qui vivent en couple et ce, quel que soit l'horaire de travail, sauf pour les cas suivants :

D'abord, pour le quart normal de nuit, la prévalence des symptômes d'efficacité professionnelle est moins élevée chez les personnes qui ne vivent pas en couple (7,59 %) comparativement à celles qui vivent en couple (15,85 %). Ensuite, pour le quart de soir la prévalence des symptômes d'épuisement émotionnel est moins élevée chez les personnes qui ne vivent pas en couple (13,99 %) comparativement à celles qui vivent en couple (14,99 %). Le taux de prévalence est aussi moins élevé chez les personnes qui ne vivent pas en couple et qui travaillent dans un quart normal de nuit (13,41 %) comparativement à

celles qui vivent en couple (16,55 %). Par contre, il n'y a pas une grande différence entre la prévalence des symptômes de dépression pour les personnes travaillant dans un quart normal de soir qu'elles vivent en couple ou non (6,46 % ; 6,19 %).

En ce qui concerne l'horaire normal de jour, les résultats ont montré que les personnes qui vivent en couple et qui n'ont pas un horaire normal de jour présentent une prévalence moins élevée de détresse psychologique (21,76 %) comparativement à celles qui ne vivent pas en couple (34,94 %, $\chi^2 = 5,275$, $p < 0,05$). De même, les personnes vivant en couple présentent une prévalence de dépression moins élevée (5,18 %) comparativement à celles qui ne vivent pas en couple (12,05 %, $\chi^2 = 4,072$, $p < 0,05$). Enfin, il existe une différence significative pour le taux de prévalence d'efficacité professionnelle des personnes qui vivent en couple (9,38 %) comparativement à celle qui ne vivent pas en couple (13,76 %, $\chi^2 = 7,846$, $p < 0,01$). En ce qui concerne l'horaire normal de jour, les résultats présentés au dans la Figure 3 ont montré que les personnes qui vivent en couple et qui n'ont pas un horaire normal de jour présentent une prévalence moins élevée de détresse psychologique (21,76 %) comparativement à celles qui ne vivent pas en couple (34,94 %, $\chi^2 = 5,275$, $p < 0,05$). De même, les personnes vivant en couple présentent une prévalence de dépression moins élevée (5,18 %) comparativement à celles qui ne vivent pas en couple (12,05 %, $\chi^2 = 4,072$, $p < 0,05$). Enfin, il existe une différence significative pour le taux de prévalence d'efficacité professionnelle des personnes qui vivent en couple (9,38 %) comparativement à celles qui ne vivent pas en couple (13,76 %, $\chi^2 = 7,846$, $p < 0,01$).

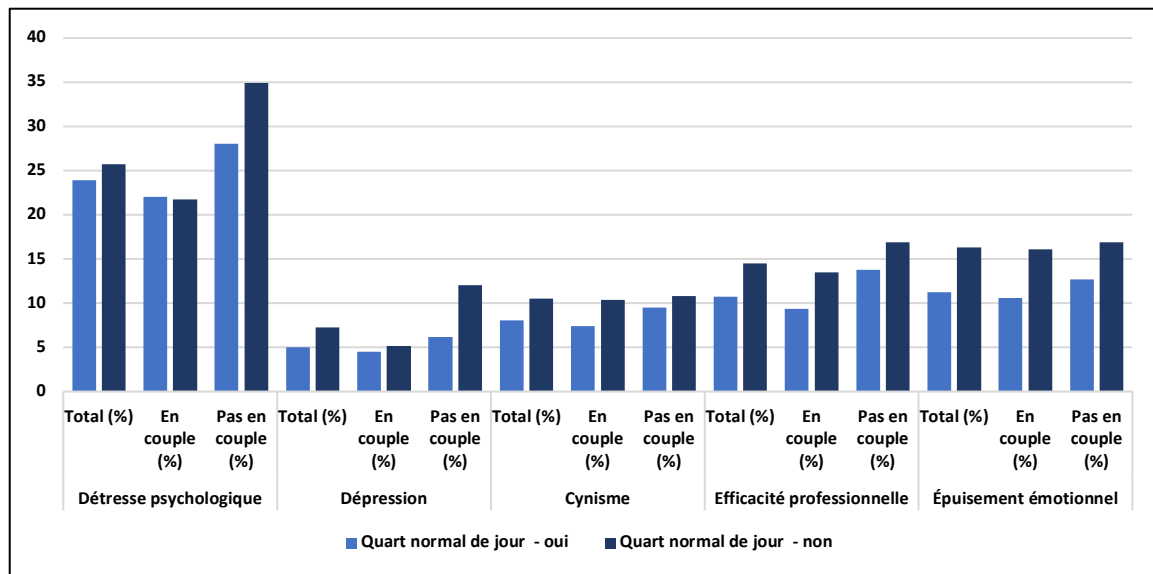


Figure 3 - Problèmes de santé mentale selon le quart normal de jour et le statut matrimonial

Pour ce qui est du quart normal de soir, les résultats présentés dans la figure 4 ont également montré qu'il y a une différence significative pour le taux de prévalence de détresse psychologique (28,32 %), $\chi^2 = 8,293$, $p < 0,01$) et dépression (7,19 %, $\chi^2 = 7,407$, $p < 0,01$) chez les personnes qui ne travaillent pas dans un quart normal de soir et qui ne vivent pas en couple comparativement à ceux travaillent dans un quart normal de soir et qui vivent en couple (30,61 %) et (6,19 %). Par contre, la différence est significative pour le taux de prévalence d'efficacité professionnelle chez les personnes qui ne vivent pas en couple et qui travaillent dans un quart normal de soir (17,62 %, $\chi^2 = 8,388$, $p < 0,01$) comparativement à celles qui ne travaillent pas dans un quart normal de soir (12,66 %).

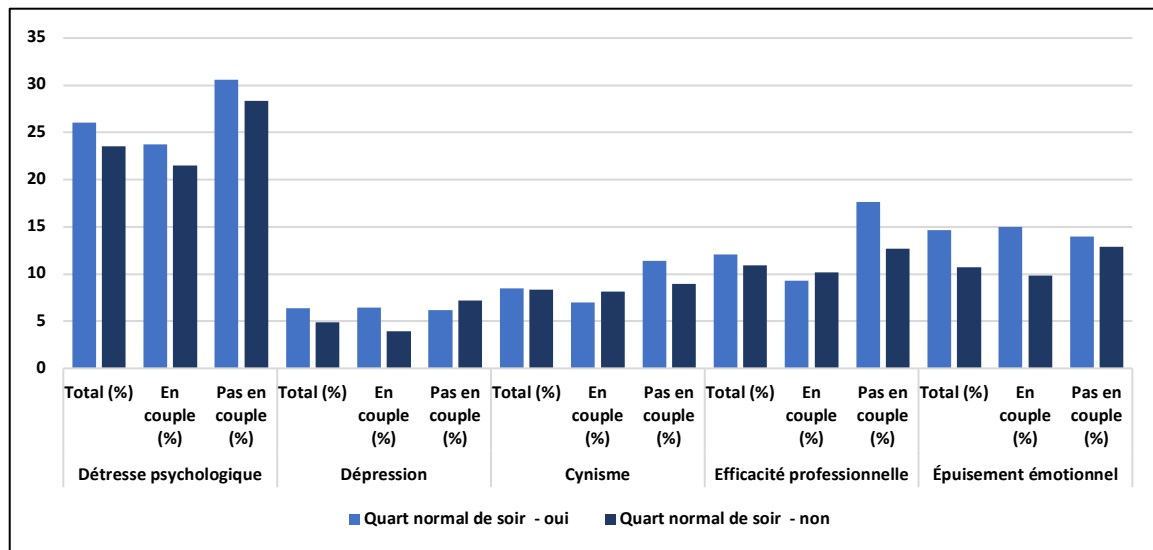


Figure 4 - Problèmes de santé mentale selon le quart normal de soir et le statut matrimonial

En ce qui concerne le quart normal de nuit, les résultats révèlent que les personnes qui ne vivent pas en couple et qui ne travaillent pas dans un quart normal de nuit présentent une prévalence plus élevée de sentiment d'efficacité professionnelle (13,93 %, $\chi^2 = 5,423$, $p < 0,05$), comparativement à celle qui travaillent dans un quart normal de nuit (7,59 %, $\chi^2 = 3,787$, $p < 0,05$). La différence est significative dans les deux cas. Par contre, les personnes qui vivent en couple et qui travaillent dans un quart normal de nuit ont un taux de prévalence d'efficacité professionnelle plus élevé (15 %) que ceux qui ne travaillent pas dans un quart normal de nuit (7,59 %). De plus, la différence est significative pour le taux de prévalence de détresse psychologique chez les personnes qui ne vivent pas en couple et qui ne travaillent pas dans un quart normal de nuit (28,77 %, $\chi^2 = 10,000$, $p < 0,01$) comparativement à celles qui travaillent dans un quart normal de nuit (30,61 %). Pour les personnes qui ne vivent pas en couple, la différence est aussi significative pour le taux de prévalence de dépression des personnes qui ne travaillent pas dans un quart normal de nuit (7,19 %, $\chi^2 = 7,840$, $p < 0,01$), comparativement à celles qui travaillent dans un quart

normal de nuit (3,66 %). Cependant, les personnes vivant en couple qui travaillent dans un quart normal de nuit ont un taux de prévalence de dépression plus élevé (6,90 %) comparativement à celles qui ne travaillent pas dans un quart normal de nuit (4,27 %).

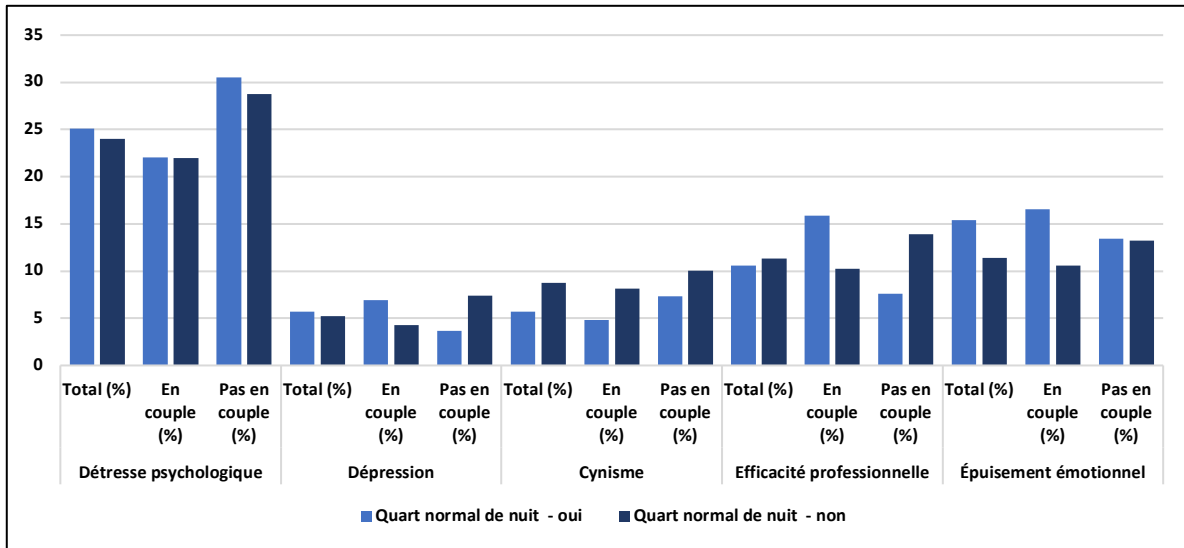


Figure 5 - Problèmes de santé mentale selon le quart normal de nuit et le statut matrimonial

Pour ce qui est des horaires irréguliers et imprévisibles, les personnes qui ne vivent pas en couple présente une différence est significative pour le taux de prévalence de détresse psychologique des personnes qui n'ont pas un horaire irrégulier (29,17 %, $\chi^2=14,689$, $p < 0,001$) comparativement à celles qui ont un horaire irrégulier (28,57 %). La différence est aussi significative pour les personnes qui ne vivent pas en couple et qui ne travaillent pas à des heures irrégulières. Le taux de prévalence de sentiment d'efficacité professionnelle des personnes qui ne travaillent pas qui n'ont pas dans un irrégulier est plus élevé (14,92 %, $\chi^2 = 8,060$, $p < 0,01$) comparativement à celles qui ont un horaire irrégulier (12,56 %). Par contre, le taux de prévalence de dépression chez les personnes qui ne vivent pas en couples ayant un horaire irrégulier et imprévisible est significativement plus élevé (8,07 %, $\chi^2 = 5,390$ $p < 0,05$) comparativement à celles n'ayant pas un horaire irrégulier et

imprévisible (6,26 %). Finalement, il n’y a aucune différence significative pour le taux de prévalence d’épuisement professionnel et de cynisme, et ce, pour tous les types d’horaires.

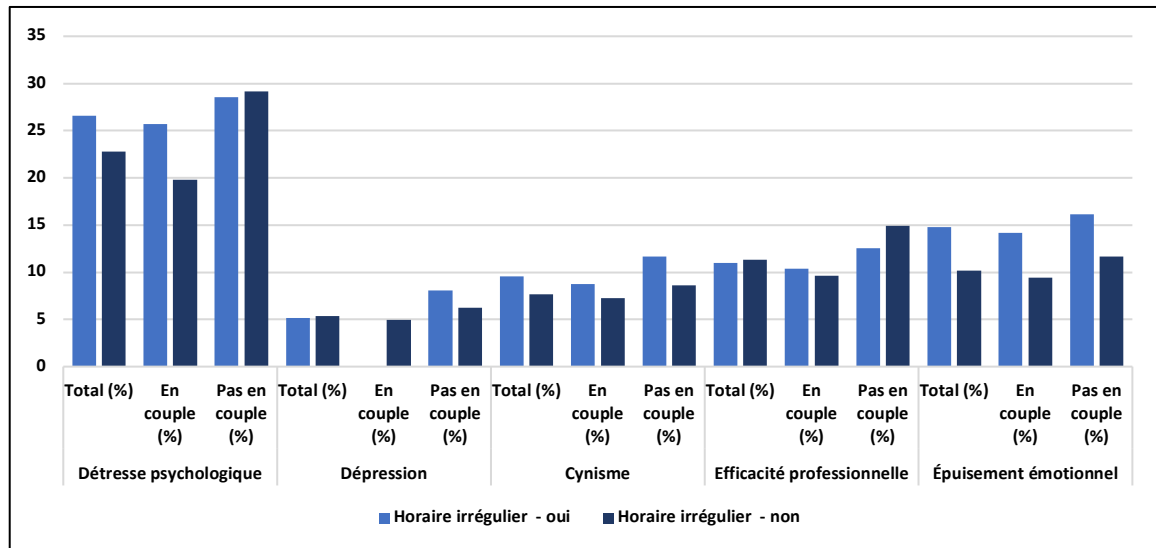


Figure 6 - Problèmes de santé mentale selon un horaire irrégulier et le statut matrimonial

4.5 - Analyses de corrélation

Dans cette section, les analyses de corrélations bivariées sont présentées. Ces analyses permettent d'identifier les liens possibles entre deux variables, le sens de la relation ainsi que sa force. Elles nous donnent de l'information sur la significativité des associations. En effet, une corrélation positive nous indique que l'augmentation du score de la première variable est associée à une augmentation du score de la deuxième variable et une corrélation négative nous révèle qu'une diminution du score de la première variable est associée à l'augmentation des scores de la deuxième variable. Dans le Tableau XI est représenté tous les coefficients de corrélation des toutes les variables étudiées.

Les résultats ont montré que l'horaire atypique est corrélé de manière significative négativement au genre féminin ($r = -0,15, p < 0,01$) et positivement aux symptômes de dépression ($r = 0,04, p < 0,05$), d'épuisement émotionnel ($r = 0,11, p < 0,01$), de cynisme ($r = 0,05, p < 0,05$) et de demande psychologique ($r = 0,13, p < 0,01$). Il est également corrélé positivement au revenu annuel du ménage ($r = 0,06, p < 0,05$) et le fait d'avoir un autre emploi ($r = 0,06, p < 0,01$). Toutefois, les horaires atypiques ne sont pas liés aux symptômes de détresse psychologique ($r = 0,04, p = 0,069$) et d'efficacité professionnelle ($r = 0,04, p = 0,054$). Les résultats ont également montré que si les horaires atypiques sont liés au conflit travail-famille ($r = 0,21, p < 0,01$), ils sont indépendants à la fois au fait de vivre en couple ou pas ($r = -0,02, p = 0,320$), et à l'autorité décisionnelle ($r = 0,04, p = 0,079$).

Les résultats ont aussi montré que le conflit travail-famille est corrélé de manière positive aux symptômes de détresse psychologique ($r = 0,34, p < 0,01$), de dépression ($r = 0,41, p < 0,01$), d'épuisement émotionnel ($r = 0,56, p < 0,01$), de cynisme ($r = 0,32, p < 0,01$).

0,01), et des demandes psychologiques ($r = 0,45, p < 0,01$). Elle est aussi corrélée positivement au genre féminin ($r = 0,70, p < 0,01$), au niveau d'éducation ($r = 0,11, p < 0,01$), au revenu annuel du ménage ($r = -0,13, p < 0,01$) et au fait d'avoir un autre emploi ($r = 0,05, p < 0,05$). Cependant, la corrélation est négative pour l'efficacité professionnelle ($r = -0,22, p < 0,01$), l'autorité décisionnelle ($r = -0,06, p < 0,01$) et pour le revenu annuel du ménage ($r = -0,13, p < 0,01$). Toutefois, le fait de vivre en couple ou pas ($r = 0,02, p = 0,345$) ainsi que l'âge ($r = 0,01, p = 0,573$) ne sont pas liés au conflit travail-famille.

Les résultats ont aussi montré que l'autorité décisionnelle est négativement corrélée avec les symptômes de détresse psychologique ($r = -0,21, p < 0,01$), de dépression ($r = -0,25, p < 0,01$), d'épuisement émotionnel ($r = -0,24, p < 0,01$), de cynisme ($r = -0,35, p < 0,01$). La corrélation est aussi négative pour le conflit travail-famille ($r = -0,06, p < 0,01$), le genre féminin ($r = -0,11, p < 0,01$), le revenu du ménage ($r = -0,30, p < 0,01$) et le fait d'avoir plus qu'un emploi ($r = -0,05, p < 0,05$). Par contre, elle est corrélée de manière positive à aux demandes psychologiques ($r = 0,05, p < 0,05$), à l'âge ($r = -0,10, p < 0,01$), au niveau d'éducation ($r = 0,11, p < 0,01$), aux symptômes d'efficacité professionnelle ($r = 0,37, p < 0,01$), au fait de vivre en couple ($r = 0,09, p < 0,01$). Aucune relation n'a été montrée entre l'autorité décisionnelle et l'horaire atypique ($r = 0,04, p = 0,079$).

Les résultats du Tableau XI ont aussi montré que les demandes psychologiques sont positivement corrélées aux symptômes de détresse psychologique ($r = 0,17, p < 0,01$), de dépression ($r = 0,20, p < 0,01$), d'épuisement émotionnel ($r = 0,39, p < 0,01$) et de cynisme ($r = 0,19, p < 0,01$). Elle est aussi corrélée de manière positive au revenu annuel du ménage ($r = 0,21, p < 0,01$), au niveau d'éducation ($r = 0,19, p < 0,01$), à l'autorité décisionnelle (r

= 0,05, $p < 0,05$), au conflit travail-famille ($r = 0,45$, $p < 0,01$) et au sexe féminin ($r = 0,06$, $p < 0,01$). Par contre elle est corrélée de négativement au sentiment d'efficacité professionnelle ($r = -0,06$, $p < 0,05$). Cependant elle n'est pas corrélée au fait d'avoir un autre emploi ($r = 0,04$, $P = 0,052$), de vivre en couple ($r = 0,04$, $p = 0,099$) ainsi qu'à l'âge ($r = 0,04$, $p = 0,096$).

Tableau XII : Analyse de corrélation, N=2 162

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Âge	1														
2 Sexe	,075**	1													
3 Horaire atypique	-,046*	-,153**	1												
4 Conflit travail-famille	0,012	,070**	,212**	1											
5 Autorité décisionnelle	,100**	-,105**	0,038	-,064**	1										
6 Demandes psychologiques	0,036	,056**	,128**	,448**	,053*	1									
7 Situation matrimoniale	,103**	-,063**	-0,022	0,021	,093**	0,036	1								
8 Niveau d'éducation	0,013	,186**	0,039	,114**	,147**	,188**	,083**	1							
9 Revenu annuel du ménage	,208**	0,037	,056*	,126**	,303**	,211**	,431**	,445**	1						
10 Autre emploi	-,078**	-,064**	,059**	,047*	-,046*	0,025	-0,033	0,006	-,054*	1					
11 Détresse psychologique	-,063**	,085**	0,039	,335**	-,212**	,173**	-,093**	-0,018	-,083**	,048*	1				
12 Dépression	-,094**	,085**	,044*	,406**	-,246**	,200**	-,096**	-,108**	-,133**	,066**	,731**	1			
13 Épuisement émotionnel	-,071**	,090**	,106**	,556**	-,237**	,388**	-,044*	-0,001	-0,028	0,040	,487**	,597**	1		
14 Cynisme	-,109**	-0,029	,051*	,323**	-,350**	,191**	-,067**	-0,014	-,113**	,052*	,400**	,493**	,601**	1	
15 Efficacité professionnelle	,097**	-,069**	-0,042	-,222**	,371**	-,055*	,056**	0,012	,086**	-0,017	-,316**	-,387**	-,360**	-,512**	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

4.6 - Analyse de régression linéaire multiple

Le Tableau XII présente les résultats des analyses de régression linéaire multiple estimant les facteurs explicatifs pour tous les problèmes de santé mentale évalués.

En ce qui concerne la détresse psychologique, le modèle explique 16 % de la variance. Si les horaires atypiques ne permettent pas d'expliquer la détresse psychologique ($\beta = -0,03, p = 0,151$), le conflit travail-famille ($\beta = 0,31, p = 0,001$) et les demandes psychologiques ($\beta = 0,58, p = 0,014$) l'expliquent positivement. Le conflit travail-famille est le meilleur explicateur de la détresse psychologique. Alors que, l'autorité ($\beta = -0,17, p = 0,001$) et la situation matrimoniale ($\beta = -0,07, p = 0,004$) l'expliquent négativement. Cependant, l'horaire atypique, l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu annuel du ménage et le fait d'avoir un autre emploi n'expliquent pas la détresse psychologique.

Tableau XIII : Analyse de régression linéaire – Détresse psychologique

Variables	F	p-value	R2	β	t	p-value
Détresse psychologique	37,996	< .000	0,16			
Horaire atypique				-,031	-1,437	,151
Conflit travail-famille				,307	12,878	,000**
Autorité décisionnelle				-,165	-7,465	,000**
Demandes psychologiques				,058	2,452	,014*
Âge				-,041	-1,917	,055
Autre emploi				,023	1,105	,269
Sexe				,041	1,904	,057
Niveau de scolarité				-,017	-,693	,488
Revenu annuel du ménage				-,042	-1,544	,123
Situation matrimoniale				-,066	-2,857	,004*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Pour ce qui est de la dépression, le modèle explique 24 % de la variance. Le conflit travail-famille est le meilleur explicateur pour dépression ($\beta = 0,38, p = 0,001$). En plus du conflit travail-famille, les demandes psychologiques ($\beta = 0,08, p = 0,001$) et le sexe ($\beta = 0,63, p = 0,002$) l'expliquent positivement. Par contre, l'âge ($\beta = -0,07, p = 0,001$), le niveau de scolarité ($\beta = -0,12, p = 0,001$), l'autorité décisionnelle ($\beta = -0,17, p = 0,001$) et le revenu annuel du ménage ($\beta = -0,61, p = 0,020$) expliquent négativement la dépression. Cependant, la situation matrimoniale, le fait d'avoir un autre emploi et l'horaire atypique ne permettent pas d'expliquer la détresse psychologique.

Tableau XIV - Analyse de régression linéaire – Dépression

Variables	F	p-value	R2	β	t	p-value
Dépression	63,56	< .000	0,24			
Horaire atypique				-,036	-1,774	,076
Conflit travail-famille				,377	16,684	,000**
Autorité décisionnelle				-,168	-8,028	,000**
Demandes psychologiques				,080	3,560	,000**
Âge				-,071	-3,504	,000**
Autre emploi				,040	2,035	,042
Sexe				,063	3,037	,002*
Niveau de scolarité				-,115	-5,040	,000**
Revenu annuel du ménage				-,061	-2,322	,020*
Situation matrimoniale				-,041	-1,852	,064

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En ce qui concerne l'épuisement émotionnel, le modèle explique 39 % de la variance, la plus forte proportion. Comme pour la détresse psychologique et la dépression, le conflit travail-famille ($\beta = 0,46$, $p = 0,001$) est le meilleur explicateur. Ensuite, on retrouve les demandes psychologiques ($\beta = 0,21$, $p = 0,001$) et le sexe ($\beta = 0,44$, $p = 0,019$) qui l'expliquent positivement. L'autorité décisionnelle ($\beta = -0,19$, $p = 0,001$), l'âge ($\beta = -0,07$, $p = 0,001$) et le niveau de scolarité ($\beta = -0,05$, $p = 0,022$) expliquent l'épuisement émotionnel négativement contrairement au conflit travail-famille et à aux demandes psychologiques. Cependant, les autres variables du modèle ne permettent pas d'expliquer l'épuisement émotionnel.

Tableau XV - Analyse de régression linéaire – Épuisement émotionnel

Variables	F	p-value	R2	β	t	p-value
Épuisement émotionnel	125,64	< .000	0,39			
Horaire atypique				-,013	-,722	,470
Conflit travail-famille				,462	22,734	,000**
Autorité décisionnelle				-,185	-9,839	,000**
Demandes psychologiques				,211	10,441	,000**
Âge				-,065	-3,548	,000**
Autre emploi				,006	,314	,753
Sexe				,044	2,352	,019*
Niveau de scolarité				-,047	-2,285	,022*
Revenu annuel du ménage				-,042	-1,798	,072
Situation matrimoniale				-,008	-,391	,696

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En ce qui a trait au cynisme, le modèle explique 24 % de la variance. Pour les symptômes de cynisme, l'autorité décisionnelle est le meilleur explicateur ($\beta = -0,33, p = 0,001$). Les demandes psychologiques ($\beta = 0,10, p = 0,001$) ainsi que le conflit travail-famille ($\beta = 0,27, p = 0,001$) l'expliquent de manière positive. Par contre, l'âge ($\beta = -0,07, p = 0,001$), le sexe ($\beta = -0,08, p = 0,001$) et le revenu annuel du ménage ($\beta = -0,53, p = 0,042$) expliquent le cynisme négativement. Les autres variables du modèle ne permettent pas d'expliquer le cynisme.

Tableau XVI - Analyse de régression linéaire – Cynisme

Variables	F	p-value	R2	β	t	p-value
Cynisme	62,00	< .000	0,24			
Horaire atypique				-,024	-1,174	,241
Conflit travail-famille				,274	12,066	,000**
Autorité décisionnelle				-,326	-15,487	,000**
Demandes psychologiques				,107	4,737	,000**
Âge				-,070	-3,443	,001**
Autre emploi				,009	,468	,640
Sexe				-,078	-3,775	,000**
Niveau de scolarité				,028	1,218	,223
Revenu annuel du ménage				-,053	-2,031	,042*
Situation matrimoniale				-,030	-1,360	,174

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En ce qui concerne l'efficacité professionnelle, le modèle explique 18 % de la variance. Si l'âge ($\beta = 0,07, p = 0,001$) et l'autorité décisionnelle ($\beta = 0,35, p = 0,001$), expliquent positivement l'efficacité professionnelle, le conflit travail-famille l'explique négativement ($\beta = -,20, p = 0,001$). Les autres variables n'expliquent pas les symptômes d'efficacité professionnelle.

Tableau XVII - Analyse de régression linéaire – Efficacité professionnelle

Variables	F	p-value	R2	β	t	p-value
Efficacité professionnelle	42,53	< .000	0,18			
Horaire atypique				-,016	-,755	,451
Conflit travail-famille				-,196	-8,325	,000**
Autorité décisionnelle				,354	16,179	,000**
Demandes psychologiques				,024	1,029	,304
Âge				,067	3,170	,002*
Autre emploi				,010	,490	,624
Sexe				-,020	-,935	,350
Niveau de scolarité				-,023	-,966	,334
Revenu annuel du ménage				-,018	-,647	,518
Situation matrimoniale				,029	1,257	,209

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

En somme, le conflit travail-famille et l'autorité décisionnelle demeurent les plus grands facteurs explicatifs des problèmes de santé mentale. On peut aussi constater que l'horaire atypique, le revenu annuel du ménage et le fait d'avoir un autre emploi ne permettent d'expliquer aucun des de santé mentale du modèle.

Chapitre 5 - Discussion

Dans ce chapitre, nous ferons tout d'abord un rappel sur l'objectif de notre étude et nous présenterons les hypothèses énoncées tout en mentionnant si elles sont confirmées ou infirmées. Ensuite, nous discuterons des résultats et des associations entre les variables à la lumière de la littérature. Finalement, nous présentons les forces et les limites de l'étude ainsi que les implications pour la recherche future pour enfin conclure.

5 - Synthèse de la démarche scientifique

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer l'effet des horaires atypiques et du conflit travail-famille sur la santé mentale des travailleurs. Nous voulions entre autres évaluer le rôle des demandes psychologiques et de l'autorité décisionnelle sur la santé mentale des travailleurs. Nous avons aussi utilisé certaines variables de contrôle qui pourraient avoir un impact sur la relation existant entre nos variables dépendantes et indépendantes.

5.1 - Discussion des résultats de prévalence et des associations entre les variables

Les résultats issus de l'analyse descriptive montrent que les personnes qui travaillent dans un quart normal de soir et qui ne vivent pas en couple présentent une prévalence plus élevée de manque d'efficacité professionnelle. Ces personnes sont en effet moins efficaces au travail comparativement aux autres. Celles qui n'ont pas un horaire normal de jour et qui ne vivent pas en couple présentent une prévalence plus élevée de dépression et une prévalence significative de détresse psychologique. Celles qui ont un horaire irrégulier et qui ne vivent pas en couple présentent une prévalence plus élevée de dépression. Alors que

les personnes travaillant de nuit et qui vivent en couple présentent une prévalence significative d'efficacité professionnelle.

Les résultats ont aussi révélé que la prévalence de détresse psychologique, de cynisme, d'efficacité professionnelle, d'épuisement émotionnel et de dépression est plus élevée, pour presque tous les types d'horaires, chez les personnes qui ne vivent pas en couple par rapport à celles qui sont en couple. Par contre, les personnes qui vivent en couple et qui travaillent de nuit ont une prévalence plus élevée d'efficacité professionnelle, d'épuisement émotionnel et de cynisme que celles qui ne vivent pas en couple. De plus, les personnes qui travaillent le soir et qui vivent en couple ont une prévalence de dépression plus élevée que celles qui ne vivent pas en couple.

En effet, les personnes qui ne vivent pas en couple sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale que celles qui vivent en couple (Van de Velde et al., 2010). Ceci pourrait s'expliquer par les différents types de soutien que peut apporter le partenaire en cas de besoin. Cependant, travailler de soir ou de nuit représente un risque plus élevé d'épuisement émotionnel et de dépression pour les personnes qui vivent en couple par rapport à celles qui ne le sont pas. En effet, un horaire de nuit ou de soir pourrait contraindre la possibilité de recevoir du soutien nécessaire.

5.2 - Discussion des hypothèses

La **première hypothèse** indiquait que les horaires atypiques de travail seraient associés au risque de présenter des problèmes de santé mentale (détresse psychologique, dépression, épuisement professionnel). Cette hypothèse n'est pas confirmée. Si on se réfère à nos résultats, on peut constater que l'horaire atypique ne permet d'expliquer aucun des problèmes de santé mentale. Ceci nous indique qu'il n'y a aucun lien direct entre l'horaire

atypique et la santé mentale et possiblement que d'autres facteurs sont susceptibles de rentrer en jeu. En effet, pour les analyses de corrélation, on a constaté que l'horaire atypique présente une association seulement au risque de développer des symptômes de dépression, d'épuisement émotionnel et de cynisme. Aucune association entre l'horaire atypique et la détresse psychologique n'a été relevée.

En effet, les résultats de la littérature scientifique sur la relation entre les horaires atypiques et la santé mentale ne sont pas constants. Certaines études avancent que les personnes travaillant à des horaires atypiques sont plus à risque d'avoir une santé mentale faible, particulièrement des symptômes de dépression (Marchand et al., 2005a; Merkus et al., 2015; Torquati et al., 2019). D'après Pease, Raether, Sponsor, & Morgan (2003), les travailleurs de nuit ont plus de symptômes de dépression comparativement aux travailleurs de jour. Dans l'étude réalisée par Jamal (2004), les employés qui travaillent le weekend et ceux qui travaillent à un horaire irrégulier présentent plus fréquemment de l'épuisement émotionnel que les autres employés travaillant avec un autre type d'horaire.

Cependant, d'autres études ont observé que l'horaire atypique n'affecte pas la santé mentale des travailleurs et concluent que les symptômes de santé mentale, notamment la dépression, sont similaires pour les travailleurs ayant un horaire normal que ceux ayant un horaire atypique. (Berthelsen, Pallesen, Bjorvatn, & Knardahl, 2015; Goodrich & Weaver, 1998).

Pour un rappel, dans l'étude de Le Bihan & Martin (2004), quand l'horaire flexible est un choix de l'employé, il ne contribue pas à augmenter le niveau de stress ou augmenter le risque des problèmes de santé mentale chez l'employé. L'effet des horaires atypiques n'est donc pas direct sur la santé mentale des travailleurs. Selon Camerino et al. (2010b),

l'horaire atypique peut soulever des problèmes entre les activités liées au travail et celles liées à la famille. Alors, dans le cadre de cette étude, l'horaire atypique peut occasionner d'autres situations qui viennent affecter la santé mentale, comme le conflit travail-famille. Ceci nous amène à notre **deuxième hypothèse** qui soutenait que le conflit travail-famille serait associé au risque de présenter des problèmes de santé mentale (détresse psychologique, dépression, épuisement professionnel). Cette hypothèse est confirmée. Nos résultats nous informent que le conflit travail-famille est associé positivement non seulement aux symptômes de détresse psychologique, mais aussi aux symptômes de dépression, d'épuisement émotionnel et de cynisme. Par contre, le conflit travail-famille est associé négativement aux symptômes d'efficacité professionnelle. C'est-à-dire que plus que les employés font face à un conflit de travail-famille, plus les risques de développer des problèmes de santé mentale et d'être moins efficace au travail sont élevés. Nos résultats identifient le conflit travail-famille comme un facteur explicatif des symptômes de dépression, de détresse psychologique, d'épuisement émotionnel, de cynisme et d'efficacité professionnelle.

Dans la littérature, les résultats ne diffèrent pas des nôtres pour les symptômes de dépression, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel (combinaison des trois symptômes d'épuisement professionnel). Selon certaines études, le conflit travail-famille est associé positivement à la dépression et à la détresse psychologique, il est en effet considéré comme est un facteur critique qui contribue à la détresse psychologique (Marchand et al., 2005a; Major et al., 2002; Obidoa, Reeves, Warren, Reisine, & Cherniack, 2011). Des résultats d'autres études montrent que le conflit travail-famille est un facteur important pour toutes les composantes d'épuisement professionnel (Camerino

et al., 2010b; Rupert, Stevanovic, & Hunley, 2009a; Smith et al., 2017). En analysant les résultats obtenus dans notre étude, il serait fort intéressant de positionner le conflit travail-famille comme un médiateur entre les horaires atypiques et la santé mentale. Peut-être que le conflit travail-famille pourrait créer un effet de médiation dans la relation entre les horaires atypiques et la santé mentale. Il se pourrait que les horaires atypiques ne puissent expliquer des problèmes de santé mentale que lorsque ceux-ci entraînent des problèmes de conciliation travail-famille.

Si certains aspects du travail peuvent être néfastes pour la santé mentale, d'autres peuvent avoir l'effet contraire. Cela nous amène à notre **troisième hypothèse** supposant que le niveau d'autorité décisionnelle serait associé à une diminution du risque de présenter des problèmes de santé mentale (détresse psychologique, dépression, épuisement professionnel). Cette hypothèse est confirmée. Les résultats de notre étude montrent que l'autorité décisionnelle est associée négativement aux symptômes de problème de santé mentale, soit la dépression, la détresse psychologique, le cynisme et l'épuisement émotionnel. Pour l'efficacité professionnelle, l'association est positive. Donc, plus le travailleur détient une certaine autorité décisionnelle sur le choix du moment ou de la manière dont il effectue ses tâches ou réalise son travail, plus le risque de développer des problèmes de santé mentale et de se percevoir comme moins efficace au travail est faible. De plus, les résultats soulignent que l'autorité décisionnelle est associée à la diminution des problèmes de santé mentale et l'augmentation de l'efficacité professionnelle. À la lumière de la littérature, un faible niveau d'autorité décisionnelle représente un facteur de risque pour la dépression et ce risque est plus présent chez les femmes que chez les hommes (Grynderup et al., 2012; Niedhammer, Coindre, Memmi, Bertrais, & Chastang, 2020).

Selon l'étude de Deschamps et al., (2018), un manque de latitude décisionnelle peut entraîner un niveau élevé d'épuisement émotionnel. Entre autres, l'autorité décisionnelle est considérée comme un facteur explicatif de l'épuisement professionnel (Dall'ora et al., 2020) et de détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1998; Dompierre et al., 1993; Elovainio et al., 2015; Stansfeld & Candy, 2006b). Bien que la majorité des études scientifiques ont obtenu des résultats semblables aux nôtres, les résultats de l'étude de Bültmann, Kant, Schröer, & Kasl (2002), ont montré qu'il n'y aurait aucune association entre l'autorité décisionnelle et la détresse psychologique.

D'après notre **quatrième hypothèse**, les demandes psychologiques seraient associées à au risque de développer des problèmes de santé mentale (détresse psychologique, dépression, épuisement professionnel). Cette hypothèse est confirmée. Se basant sur nos résultats, les demandes psychologiques sont associées positivement à tous les problèmes de santé mentale et négativement à l'efficacité professionnelle. Ceci nous indique que de fortes demandes psychologiques représentent un risque pour les travailleurs de présenter des symptômes de dépression, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel. Nos résultats révèlent que les demandes psychologiques sont associées aux symptômes de dépression, de cynisme et d'épuisement émotionnel. Aucun lien direct n'a été constaté entre les demandes psychologiques et l'efficacité professionnelle de même que pour la détresse psychologique. Les résultats des recherches antérieures ne diffèrent pas globalement des nôtres. Selon Kinman, Clements, & Hart, (2017), les demandes psychologiques expliquent bien les problèmes la santé mentale. Elle est aussi associée aux symptômes d'épuisement professionnel (García-Sierra et al., 2016; Van den Broeck et al., 2017). D'autres études soutiennent que lorsque les demandes psychologiques augmentent,

le niveau de détresse psychologique augmente aussi (Ilies et al., 2010; Marchand et al., 2005a). Bien que nos résultats ne présentent pas un lien significatif pour toutes les composantes de l'épuisement professionnel, il serait bien d'analyser l'association en regroupant les composantes afin de vérifier l'association globale.

Les résultats ont aussi observé un lien significatif entre plusieurs autres variables. En effet, l'autorité décisionnelle est associée négativement au conflit travail-famille. Plus les travailleurs ont un niveau de contrôle élevé sur leur travail, moins ils sont susceptibles d'avoir un haut niveau de conflit travail-famille. Les résultats des études de Martinussen et al. (2007) et Stansfeld & Candy (2006a) montrent une association identique. Ceci peut justement s'expliquer par le fait que ces employés ont une certaine liberté de choisir le moment, les moyens utilisés, la façon dont ils effectuent leur travail et autres, ils sont donc en mesure de répondre mieux aux demandes de la famille.

Il est important de souligner que plus les travailleurs ont un horaire atypique, plus le risque d'avoir un haut niveau de conflit travail-famille est élevé. Certains résultats de la littérature scientifique ont appuyé cette même association (Davis et al., 2008 ; Jamal, 2004 ; Mills & Täht, 2010). En effet, travailler en dehors des heures normales peut s'avérer un défi majeur pour répondre aux demandes de la famille (enfants) ou du couple par un manque de disponibilité physique et émotionnelle ou la manifestation d'une forme d'insensibilité envers les autres membres de la famille qui peuvent découler de la fatigue, le stress et l'anxiété.

Les résultats discutés ci-dessus soulèvent l'importance de prendre en considération diverses situations sociodémographiques des travailleurs dans l'analyse des problèmes de santé mentale. Pour ce qui est des problèmes de santé mentale, les femmes sont plus à

risque de développer des symptômes de détresse psychologique, de dépression, de cynisme et de se percevoir comme moins efficace professionnellement (Beauregard et al., 2018; Khlat et al., 2014; Watanabe et al., 2016). Elles sont aussi plus sujettes à avoir un niveau élevé de conflit travail-famille, un niveau de demandes psychologiques plus élevé et niveau d'autorité décisionnelle moins élevé au travail (Beauregard et al., 2018; Norlund et al., 2010).

Selon les résultats, il est porté à notre attention de constater que les femmes sont moins susceptibles d'occuper plus qu'un emploi. Elles sont aussi moins susceptibles de travailler à un horaire atypique. Ceci peut s'expliquer par les rôles sociaux généralement attribués aux femmes (Bracke, Christiaens, & Wauterickx, 2008), la présence d'enfants à bas âge à la maison (Marchand et al., 2014) notamment. D'après nos résultats, le sexe ne permet d'expliquer que les symptômes de cynisme, d'épuisement émotionnel et de dépression.

On constate aussi que plus le niveau de scolarité est élevé, plus le niveau d'autorité décisionnelle est élevé. Cette association soulève la curiosité sur le type de poste occupé qui peut procurer au travailleur un niveau de latitude décisionnelle élevé. Il est logique de penser que les postes subalternes nécessitent un niveau de scolarité moins élevé. Ces postes ont généralement plus de demandes et moins d'autorité décisionnelle comparativement à des postes de gestion où l'autorité décisionnelle est plus grande. De plus, le niveau de scolarité est associé positivement au revenu du ménage et négativement aux symptômes de détresse psychologique, de dépression, d'épuisement émotionnel et de cynisme (Norlund et al., 2010). Par contre, il n'explique que la dépression et l'épuisement émotionnel. Plusieurs études appuient que le niveau de scolarité est un facteur de protection contre les

symptômes de dépression, plus le niveau d'éducation est élevé, moins les risques de développer des problèmes de santé mentale sont élevés (Bjelland et al., 2008; Kaplan, Roberts, Camacho, & Coyne, 1987; Ross & Mirowsky, 2006). Cependant, si on regarde la description de la population, la majorité des participants ont un diplôme d'études secondaires, en deuxième lieu on retrouve le diplôme collégial et premier cycle ; le diplôme d'études supérieures se positionne en dernier lieu. Ceci pourrait expliquer en partie la forte proportion de problèmes de santé mentale dans notre étude.

En ce qui concerne le revenu du ménage, l'association est négative pour les symptômes de détresse psychologique, de dépression, de cynisme et positive pour l'efficacité professionnelle. Ce facteur permet d'expliquer seulement la présence de symptômes de cynisme et de dépression. Plusieurs études montrent qu'un faible revenu est associé à des problèmes de santé mentale (Jenkins et al., 2008; Sareen, Afifi, McMillan, & Asmundson, 2011).

Pour ce qui est du statut matrimonial, nos résultats montrent que vivre en couple est associé à un risque moins élevé de développer des symptômes de détresse psychologique, de dépression, d'épuisement émotionnel, de cynisme. Il est associé positivement aux symptômes d'efficacité professionnelle (Van de Velde et al., 2010). Le soutien moral et psychologique du conjoint ou de la conjointe à la maison pourrait bien expliquer la signification de ces associations. Les études antérieures montrent que les personnes qui sont célibataires et qui vivent un conflit travail-famille ont un score plus élevé de détresse psychologique, quel que soit le sexe (Janzen, Muhajarine, & Kelly, 2007). Les personnes qui vivent en couple sont aussi moins susceptibles de travailler à des heures irrégulières ;

cette association est, cependant, moins claire. Selon nos résultats, le statut matrimonial peut être considéré comme un facteur explicatif de détresse psychologique seulement.

Le fait d'avoir plus qu'un emploi est associé à un risque plus élevé de développer des symptômes de détresse psychologique et de dépression. Nos résultats montrent aussi que le fait d'avoir un autre emploi peut générer plus de conflits travail-famille et peut plus facilement occasionner le travail à des horaires atypiques.

Enfin, plus on est âgé, moins on travaille selon des horaires atypiques et moins on occupe plus qu'un emploi. Enfin, il est important de mentionner que l'âge est aussi associé négativement à la majorité des problèmes de santé mentale, sauf pour la détresse psychologique (Marchand et al., 2015; Norlund et al., 2010). L'âge est un facteur explicatif de la détresse psychologique et de l'efficacité professionnelle.

5.3 - Retour sur le modèle conceptuel

Notre modèle conceptuel avait pour objectif de documenter les facteurs explicatifs des problèmes de santé mentale chez les travailleurs. De manière plus précise, nous voulions étudier, à partir de ce modèle, les relations entre la santé mentale des travailleurs, l'horaire atypique, le conflit travail-famille, les demandes psychologiques, l'autorité décisionnelle, en contrôlant pour des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau de scolarité, revenu du ménage, statut matrimonial, situation de double emploi). Se référant aux approches théoriques de contrôle-demande de Karasek (1979) et de contrôle-demande-soutien de Karasek & Theorell (1990) sur la théorie sur le conflit travail-famille de Greenhaus, J. H., et Beutell (1985), nous avons stipulé que l'horaire atypique, le conflit travail-famille et les demandes psychologiques pourraient augmenter le risque de développer des problèmes de santé mentale (dépression, détresse psychologique et

épuisement professionnel) chez les travailleurs. Nous avons également stipulé que l'autorité décisionnelle quant à elle diminuerait ce risque.

D'un point de vue global, nos résultats soutiennent le modèle conceptuel présenté dans le cadre de cette étude. En effet, les résultats de cette étude nous permettent de confirmer que l'horaire atypique, le conflit travail-famille et les demandes psychologiques peuvent être particulièrement néfastes pour la santé mentale des travailleurs. Prenant en considération certains facteurs sociodémographiques, tel que le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le statut matrimonial, le risque de présenter des symptômes de dépression, d'épuisement professionnel ou de détresse psychologique est encore plus significatif. Certaines variables contribuent significativement à expliquer les problèmes de santé mentale chez les travailleurs telles que le conflit travail-famille, les demandes psychologiques (sauf pour l'efficacité professionnelle) ; d'autres contribuent significativement à expliquer le bien-être psychologique en diminuant le risque de présenter des problèmes de santé mentale (âge, vivre en couple, l'autorité décisionnelle). Cependant, l'horaire atypique ne contribue aucunement à expliquer les symptômes de santé mentale.

5.4 - Forces et limites de l'étude

L'étude SALVEO est une étude réalisée entre 2009 et 2012 au Québec auprès de plus de 2000 employés dans 63 établissements. Cette importante base de données regroupe des employés syndiqués et non syndiqués, de différents secteurs de travail dans lequel la mesure du taux de cortisol a permis d'appuyer les résultats de l'étude.

Malgré toutes les forces démontrées jusqu'ici, cette étude contient également des limites. Tout d'abord, nous avons utilisé des données secondaires. Ces données recueillies lors de l'enquête SALVEO visaient un objectif précis, celui de documenter la santé

mentale. Or, l'évaluation de certaines variables aurait permis de prendre en compte des aspects pouvant avoir un impact, à la fois sur le conflit travail-famille et sur la santé mentale des travailleurs. En effet, les rôles sociaux liés au genre (le soin des enfants, les tâches ménagères), surtout chez la femme, auraient pu permettre d'étudier leurs effets sur la santé mentale des femmes. Cela nous aurait également permis de contrôler pour l'obligation ou le choix d'un horaire atypique pour mieux comprendre l'absence d'une association entre l'horaire atypique et les problèmes de santé mentale. De même, vu la capacité du conflit travail-famille à expliquer les problèmes de santé mentale, il aurait été intéressant d'identifier le type de couples (homosexuel ou hétérosexuel) afin de déterminer s'il aurait les mêmes effets sur la santé mentale (Gilman et al., 2001; King et al., 2008) L'étude SALVEO n'ayant pas évalué l'orientation sexuelle des participants, ces analyses comparatives n'ont pas été possibles. Une autre limite importante est la nature de l'étude. Étant une étude transversale, elle nous a permis de faire des associations et non d'établir les liens causaux entre les variables indépendantes et les variables dépendantes.

De plus, le questionnaire étant basé sur des échelles autorapportées complétées sur les lieux de travail, les réponses peuvent être biaisées soit par l'environnement ou le moment de la passation du questionnaire. Enfin, le fait de n'utiliser que certaines variables de la base de données peut modifier les coefficients estimés dans l'analyse globale de l'étude SALVEO.

5.5 - Recherches futures

Au niveau de la recherche, cette étude montre qu'il est nécessaire de prendre en compte l'effet des horaires de travail atypiques sur la santé mentale des travailleurs. Étant donné qu'aucun lien direct n'a été constaté entre l'horaire atypique et la santé mentale des travailleurs, cette variable pourrait être analysée dans une relation de médiation avec

d'autres variables, notamment le conflit travail-famille. Cela permettrait de vérifier si ces types d'horaires ont pour effet de générer un conflit travail-famille qui augmentera par la suite le risque de développer des problèmes de santé mentale. Il serait aussi important de vérifier si le soutien social et/ou familial pourrait être considéré comme un facteur de protection pour la santé mentale des travailleurs même en présence d'un conflit travail-famille et/ou d'horaire atypique.

Du point de vue organisationnel, cette étude vient appuyer l'importance de prendre en considération des problèmes de santé mentale des travailleurs. Elle soutient la nécessité d'évaluer à l'interne tous les facteurs du travail, de la culture organisationnelle (Dextras-Gauthier, Marchand, & Haines, 2012), aux demandes psychologiques, aux éléments contractuels qu'imposent les fonctions de l'organisation. Alors que dans certains secteurs d'activités, le travail en quart est inévitable comme le secteur de service, les résultats de cette étude montrent qu'il est important de ne pas négliger ce facteur. Le conflit travail-famille a été le meilleur facteur explicatif des problèmes de santé mentale des travailleurs selon les résultats de notre étude. En effet, les entreprises seront gagnantes si elles peuvent mettre en place des moyens de limiter l'effet des demandes psychologiques et des demandes contractuelles et tout autre facteur pouvant occasionner un conflit travail-famille chez les travailleurs de l'entreprise. Ceci peut se traduire par l'amélioration des conditions de travail passant par un plan d'action visant à faciliter la conciliation travail-famille soit en offrant, par exemple, une garderie en milieu de travail, en favorisant le télétravail, en établissant la flexibilité et l'aménagement des horaires de travail selon les besoins des employés. Il serait aussi bénéfique pour l'organisation de diminuer la proportion de quarts irréguliers en essayant d'attribuer un quart de travail fixe aux employés, car nos résultats

montrent que la prévalence des problèmes de santé mentale est plus élevée pour les quarts irréguliers. Ces actions pourraient conduire éventuellement à la diminution du risque de présenter des problèmes de santé mentale. Les programmes d'aide aux employés (PAE) sont d'autant plus importants dans le cas il serait impossible d'éviter les horaires atypiques et d'autres facteurs contraignants liés au secteur d'activité. En effet, les incitatifs financiers ont une grande importance la gestion de la santé et mieux être des travailleurs à horaire atypique car ces derniers ont moins accès aux ressources de gestion de conflit travail-famille et aux ressources de leur entourage. Des études devraient être également menées auprès d'entreprises mettant en place des incitatifs, à la fois financières et sociales pour pallier les contraintes liées à leur secteur d'activité et aux horaires atypiques pouvant constituer un facteur de risque au conflit travail-famille.

Enfin, cette étude souligne l'importance de favoriser l'autonomie des travailleurs dans la réalisation de leurs tâches. L'implémentation d'une politique de rendement basé sur l'atteinte des objectifs et la réduction de la bureaucratisation serait profitable à l'amélioration et au maintien du mieux-être au travail.

CONCLUSION

Les problèmes de santé mentale ont des conséquences qui peuvent être néfastes tant pour les travailleurs, leur famille, leur environnement social que pour les entreprises. Ils ont la capacité de compromettre le bien-être psychologique des travailleurs, de nuire à la productivité et à l'efficacité des entreprises. En plus d'être un des générateurs de coûts importants pour les entreprises en augmentant le taux d'absentéisme et de présentéisme ; les problèmes de santé mentale sont à la base de pertes considérables dans l'économie nationale.

Le travail, malgré ses apports positifs dans le bien-être personnel et professionnel des individus, comprend certains facteurs pouvant augmenter le risque de développer des problèmes de santé mentale. Cette étude avait pour objectif d'accroître les connaissances sur le rôle de certaines conditions de travail, du conflit travail-famille et de l'autonomie décisionnelle en relation avec le risque de développer de problèmes de santé mentale. Nous voulions vérifier si l'horaire atypique, les demandes psychologiques, le conflit travail-famille pouvaient augmenter le risque de développer des symptômes de dépression, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel, et valider si l'autonomie décisionnelle pouvait constituer un facteur de protection face au risque développer ces symptômes.

Les résultats de cette étude ne nous permettent pas d'établir de liens directs entre les horaires atypiques et le risque de développer des problèmes de santé mentale. En effet, le conflit travail-famille et les demandes psychologiques sont non seulement associés au risque de présenter des symptômes de dépression, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel, mais permettent aussi de d'expliquer les problèmes de santé

mentale chez les travailleurs. Les conclusions ont aussi appuyé que l'autonomie décisionnelle favorise le bien-être psychologique des travailleurs.

Afin de diminuer le risque de développer des problèmes de santé mentale, les organisations devraient miser sur des programmes de prévention et d'intervention touchant à la fois les conditions de travail ayant des effets négatifs sur la santé mentale des travailleurs et tous les autres facteurs de l'organisation pouvant occasionner un conflit travail-famille. Une stratégie favorisant une culture organisationnelle qui tient compte de la vie familiale des travailleurs pourrait augmenter les facteurs de protection destinés aux problèmes de santé mentale.

Bibliographie

- Aburuz, M. E., & Hayeah, H. M. A. (2017). Insomnia induced by night shift work is associated with anxiety , depression , and fatigue , among critical care nurses. *Adv. Stud. Biol*, 9(3), 137–156.
- Adam, Z., Walasek, L., & Meyer, C. (2018). Workforce commuting and subjective well-being. *Travel Behaviour and Society*, 13, 183–196.
<https://doi.org/10.1016/J.TBS.2018.08.006>
- Ahola, K., & Hakanen, J. (2007). Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*, 104(1–3), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.004>
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., ... Lönnqvist, J. (2006). Burnout in the general population: Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 11–17.
<https://doi.org/10.1007/s00127-005-0011-5>
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1–11.
<https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
- Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 549–562.
<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.03.007>
- Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. ., & Sutton, M. (2000). Consequences Associated With Work-to-family Conflict: A Review and Agenda for Future Research, *Journal of Occupational Health Psychology*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 278–308. <https://doi.org/10.1037//1076-899B.5.2.278>
- Angerer, P., Schmook, R., Elfantel, I., & Li, J. (2017). Night Work and the Risk of Depression: A Systematic Review. *Deutsches Aerzteblatt Online*.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0404>
- Anker, R., Chernyshev, I., Egger, P., Mehran, F., & Ritter, J. a. (2003). Statistical Indicators. *Internatinal Labor Review*, 142(2).
- APA, A. P. A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*.
- Ariza-Montes, A., Arjona-Fuentes, J. M., Han, H., & Law, R. (2018). Work environment and well-being of different occupational groups in hospitality: Job Demand–Control–Support model. *International Journal of Hospitality Management*, 73(February), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2018.01.010>
- Asif, F., Javed, U., & Janjua, S. Y. (2018). The Job Demand-Control-Support Model and Employee Wellbeing: A Meta-Analysis of Previous Research. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 33(1).
- Asselin, S. (2005). Qui travaille selon des horaires quotidiens non standard? *Données Sociodémographiques En Bref*, 9(3), 1–3.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2002). Validation of the Maslach burnout inventory - general survey: an internet study. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(3), 245–260. <https://doi.org/10.1080/1061580021000020716>
- Bakker, A. B., & Costa, P. L. (2014). Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burnout Research*, 1(3), 112–119.

- <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.003>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P. M., Van Der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using Equity Theory to Examine the Difference Between Burnout and Depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 13(3), 247–268. <https://doi.org/10.1080/10615800008549265>
- Bayon, V., & Léger, D. (2014). Pathologies professionnelles liées au travail posté ou de nuit. *Revue Du Practicien*, 64, 363–368.
- Beauregard, N., Marchand, A., Bilodeau, J., Durand, P., Demers, A., & Haines, V. Y. (2018). Gendered Pathways to Burnout: Results from the SALVEO Study. *Annals of Work Exposures and Health*, (April), 1–12. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxx114>
- Beltagy, M. S., Pentti, J., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2018). Night work and risk of common mental disorders: analyzing observational data as a non-randomized pseudo trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 44(5), 512–520. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3733>
- Berthelsen, M., Pallesen, S., Bjorvatn, B., & Knardahl, S. (2015). Shift schedules, work factors, and mental health among onshore and offshore workers in the Norwegian Petroleum Industry. *Industrial Health*, 57(10), 1127–1137. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0000000000000532%0A>
- Bhui, K. S., Dinos, S., Stansfeld, S. A., & White, P. D. (2012). A Synthesis of the Evidence for Managing Stress at Work: A Review of the Reviews Reporting on Anxiety, Depression, and Absenteeism. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012, 1–21. <https://doi.org/10.1155/2012/515874>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science and Medicine*, 66(6), 1334–1345. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.019>
- BNQ. (2010). *Conciliation travail-famille*.
- Boivin, D. B., Tremblay, G. M., & James, F. O. (2007). Working on atypical schedules. *Sleep Medicine*, 8(6), 578–589. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.03.015>
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438–445. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.038430>
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34(1), 20–28. Retrieved from isi:000073807300004
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 14(3), 211–218. <https://doi.org/10.1037/h0081254>
- Bracke, P., Christiaens, W., & Wauterickx, N. (2008). The Pivotal Role of Women in Informal Care. *Journal of Family Issues*, 29(10), 1348–1378. <https://doi.org/10.1177/0192513X08316115>
- Brough, P., Timms, C., Siu, O. ling, Kalliath, T., O'Driscoll, M. P., Sit, C. H. P., ... Lu,

- C. qin. (2013). Validation of the Job Demands-Resources model in cross-national samples: Cross-sectional and longitudinal predictions of psychological strain and work engagement. *Human Relations*, 66(10), 1311–1335.
<https://doi.org/10.1177/0018726712472915>
- Bültmann, U., Kant, I. J., Schröer, C. A. P., & Kasl, S. V. (2002). The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75(4), 259–266.
<https://doi.org/10.1007/s00420-001-0294-0>
- Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G. (2010a). Shiftwork, work-family conflict among italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International*, 27(5), 1105–1123.
<https://doi.org/10.3109/07420528.2010.490072>
- Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G. (2010b). Shiftwork, work-family conflict among italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International*, 27(5), 1105–1123.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>
- Canivet, C., Aronsson, G., Bernhard-Oettel, C., Leineweber, C., Moghaddassi, M., Stengård, J., ... Östergren, P. O. (2017). The negative effects on mental health of being in a non-desired occupation in an increasingly precarious labour market. *SSM - Population Health*, 3(December 2016), 516–524.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.009>
- Cénat, J. M., Hébert, M., Blais, M., Lavoie, F., Guerrier, M., & Derivois, D. (2014). Cyberbullying, psychological distress and self-esteem among youth in Quebec schools. *Journal of Affective Disorders*, 169, 7–9.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.019>
- Cendales-Ayala, B., Useche, S. A., Gómez-Ortiz, V., & Bocarejo, J. P. (2017). Bus operators' responses to job strain: An experimental test of the job demand-control model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(4), 518–527.
<https://doi.org/10.1037/ocp0000040>
- Chaib, S., Gueroui, S., & Nezzal, A. (2015). Travail en horaires atypiques et sommeil chez le personnel hospitalier. *Facmed*, 3(1), 15–19.
- Cheng, W. J., & Cheng, Y. (2017). Night shift and rotating shift in association with sleep problems, burnout and minor mental disorder in male and female employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(7), 483–488.
<https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103898>
- Cleary, P. D., & Mechanic, D. (1983). Sex Differences in Psychological Distress Among Married People. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(2), 111–121.
- CNESST. (2017). Statistiques sur les lésions attribuables au stress en milieu de travail. Retrieved September 12, 2018, from
http://www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/300/Pages/dc_300_321.aspx
- Cocker, F., Martin, A., Scott, J., Venn, A., Otahal, P., & Sanderson, K. (2011). Factors associated with presenteeism among employed Australian adults reporting lifetime major depression with 12-month symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 135(1–

- 3), 231–240. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.028>
- Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozminowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. M., ... Berger, M. L. (2005). The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), 547–557.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). *Plan Stratégique 2017-2022*. Ottawa.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2018). Norme nationale.
- Cooklin, A. R., Dinh, H., Strazdins, L., Westrupp, E., Leach, L. S., & Nicholson, J. M. (2016). Change and stability in work-family conflict and mothers' and fathers' mental health: Longitudinal evidence from an Australian cohort. *Social Science and Medicine*, 155, 24–34. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.036>
- Costa, G. (1992). The impact of shift and night work on health related quality of life of wor...: University of Liverpool Library, 27(1). Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com.liverpool.idm.oclc.org/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=76d6386f-2b36-4ea3-bd19-cf108db8dc3f%40sessionmgr4010&vid=3&hid=4103>
- Costa, G. (2003). Shift work and occupational medicine: An overview. *Occupational Medicine*, 53(2), 83–88. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg045>
- Crespo, S., & Rheault, S. (2011). Les horaires de travail atypiques au Québec. *Données Sociodémographiques En Bref*, 16(1), 5.
- Dall'ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review - ePrints Soton. Retrieved April 19, 2020, from <https://eprints.soton.ac.uk/438498/>
- Dansereau, V., Beauregard, N., Marchand, A., & Durand, P. (2017). Une typologie de la comorbidité en santé mentale au travail : résultats de l'étude SALVEO. *Santé Mentale Au Québec*, 42(1), 65. <https://doi.org/10.7202/1040244ar>
- Davezies, P. (1999). Evolution des organisations du travail et atteintes à la santé. *Travailler*, 3, 87–114.
- Davis, K. D., Goodman, W. B., Pirretti, A. E., & Almeida, D. M. (2008). Nonstandard Work Schedules, Perceived Family Well-Being, and Daily Stressors. *Journal of Marriage and the Family*, 70(4), 991–1003. <https://doi.org/10.1109/TMI.2012.2196707>. Separate
- Dawson, D., McCulloch, K., & Baker, A. (2001). Extended working hours in Australia [electronic resource] : counting the costs : commissioned by the Department of Industrial Relations. Retrieved July 23, 2018, from <https://trove.nla.gov.au/work/33651920?q&versionId=46350465>
- de Oliveira, G. S., Chang, R., Fitzgerald, P. C., Almeida, M. D., Castro-Alves, L. S., Ahmad, S., & McCarthy, R. J. (2013). The Prevalence of Burnout and Depression and Their Association with Adherence to Safety and Practice Standards: A Survey of United States Anesthesiology Trainees. *Anesthesia & Analgesia*, 117(1), 182–193. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182917da9>
- Delavuy, C., Pica, L., Audet, N., Courtemanche, R., & Lapointe, F. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec.
- Deschamps, F., Castanon, J., Laraqui, O., Manar, N., Laraqui, C., Gregoris, M., & Drame, M. (2018). Professional Risk Factors for Burnout among Medical Residents. *Journal of Community Medicine & Health Education*, 08(02).

- <https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000596>
- Dewa, C. S., Lesage, A., Goering, P., Caveen, M., Marcotte, D. E., Vézina, M., ... Service, J. (2004). Nature and prevalence of mental illness in the workplace, 5(2), 12–25.
- Dextras-Gauthier, J., Marchand, A., & Haines, V. (2012). Organizational culture, work organization conditions, and mental health: A proposed integration. *International Journal of Stress Management*, 19(2), 81–104. <https://doi.org/10.1037/a0028164>
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29(1), 94–122. <https://doi.org/10.1016/J.JOEP.2007.09.001>
- Dompierre, J., Lavoie, F., & Pérusse, M. (1993). Les déterminants individuels, interpersonnels et organisationnels de la détresse psychologique en milieu de travail. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 34(4), 365–380. <https://doi.org/10.1037/h0078882>
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prevost, D. (2012). Epidemiology of Psychological Distress. *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*. <https://doi.org/10.5772/30872>
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Jokela, M., Hakulinen, C., Pesseau, J., Aalto, A. M., & Kivimäki, M. (2015). Stressful work environment and wellbeing: What comes first? *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(3), 289–300. <https://doi.org/10.1037/a0038684>
- Enns, V., Currie, S., & Wang, J. L. (2015). Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nursing Outlook*, 63(3), 269–277. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.12.014>
- Enshassi, A., Swaity, E. Al, & Arain, F. (2016). Investigating common causes of burnout in the construction industry. *International Journal of Construction Project Management*, 8(1).
- Esquirol, Y., Perret, B., Ruidavets, J. B., Marquie, J. C., Dienne, E., Niezborala, M., & Ferrieres, J. (2011). Shift work and cardiovascular risk factors: New knowledge from the past decade. *Archives of Cardiovascular Diseases*, 104(12), 636–668. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2011.09.004>
- Fasanya, B. K., & Pope-Ford, R. (2017). The Effects of Night Shift Schedule on Workers' Life and Wellbeing: Gender Differences (pp. 557–563). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-60525-8_57
- Fasanya, B. K., Pope-ford, R., Shofoluwe, M., & Olaniyi, O. A. (2018). The Safety Concerns of Night Shift Schedule : Implications for Family , Homes Medical - Clinical Research & Reviews The Safety Concerns of Night Shift Schedule : Implications for Family , Homes and Human Health, (August).
- Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D., & Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: A comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Management and Healthcare Policy*, 9, 203–211. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S115326>
- Finch, R., & Phillips, K. (2010). *Major Trends in the Epidemiology, Treatment and Cost of Behavioral Healthcare in the United States The State of Employer-Sponsored*

- Behavioral Health Services in the United States Recommendations to Improve the Design, Delivery, and Purchase of Employer-Sp.*
- Finn, P. (1981). The effects of shift work on the lives of married employees. *Monthly Lab. Rev.*, 104, 31. <https://doi.org/10.17010/pijom/2015/v8i11/81250>
- Fortin, D., & Vanier, C. (1998). *Étude du stress, des stratégies d'adaptation et de l'épuisement professionnel chez des intervenants et intervenantes de ressources communautaires en santé mentale.* (U. du Q. à M. Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Ed.).
- Fransson, E., & Kivimäki, M. (2017). Psychosocial work environment and risk of stroke: Findings from the IPD-Work Consortium. In The 7th ICOH international conference on work environment and cardiovascular diseases: Bridging the gap between knowledge and preventive interventions at the workp. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24, 10–10.
- Frone, M. R., Russell, M., & Cooper, L. M. (1992). Antecedents and outcomes of work-family conflict. Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, 77(1), 65–78.
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., & Martínez-Zaragoza, F. (2016). Relationship between job demand and burnout in nurses: does it depend on work engagement? *Journal of Nursing Management*, 24(6), 780–788. <https://doi.org/10.1111/jonm.12382>
- Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D., & Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91(6), 933–939. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.6.933>
- Goodrich, S., & Weaver, K. A. (1998). Differences in Depressive Symptoms between Traditional Workers and Shiftworkers. *Psychological Reports*, 83(2), 571–576. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.2.571>
- Grebot, E. (2008). *Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir.* Eyrolles.
- Greenhaus, J. H., Allen, T. D., & Spector, P. E. (2006). Health Consequences of Work-Family Conflict: The Dark Side of the Work-Family Interface. *Research in Occupational Stress and Well Being*, 5(March), 61–98. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(05\)05002-X](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(05)05002-X)
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of Conflict Between Work and Family Roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76–88. <https://doi.org/10.5465/amr.1985.4277352>
- Grice, M. M., Feda, D., McGovern, P., Alexander, B. H., McCaffrey, D., & Ukestad, L. (2007). Giving Birth and Returning to Work: The Impact of Work-Family Conflict on Women's Health After Childbirth. *Annals of Epidemiology*, 17(10), 791–798. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.05.002>
- Grynderup, M. B., Mors, O., Hansen, Å. M., Andersen, J. H., Bonde, J. P., Kærgaard, A., ... Kolstad, H. A. (2012). A two-year follow-up study of risk of depression according to work-unit measures of psychological demands and decision latitude. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38(6), 527–536. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3316>
- Guttek, B. A., Searle, S., & Klepa, L. (1991). Rational versus Gender Role Expectations for Work-Family Conflict. *Journal of Applied Psychology*, 76(4), 560–568.

- Haines, V. Y., Harvey, S., Durand, P., & Marchand, A. (2013). Core Self-Evaluations, Work-Family Conflict, and Burnout. *Journal of Marriage and Family*, 75(3), 778–793. <https://doi.org/10.1111/jomf.12026>
- Hall, A. L., Franche, R. L., & Koehoorn, M. (2018). Examining Exposure Assessment in Shift Work Research: A Study on Depression Among Nurses. *Annals of Work Exposures and Health*, 62(2), 182–194.
- Halouani, N., Masmoudi, R., Ellouze, S., Turki, M., Aloulou, J., & Amami, O. (2018). Travail en horaires atypiques : impact sur la sante et recommandations shift work : impact on health and recommendations, 28, 19–23.
- Harder, H. G., Wagner, S., & Rash, J. . (2016). *Mental illness in the workplace : psychological disability management*. Routledge.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., ... Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301–310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). *Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being*. *Work and Stress* (Vol. 24). <https://doi.org/10.1080/02678371003683747>
- Heran-Le Roy, O., & Sandret, N. (1997). Santé et travail : les premiers résultats de l'enquête Sumer 94. *Ministère Du Travail et Des Affaires Sociales*, 18, 2–7.
- Hino, A., Inoue, A., Kawakami, N., Tsuno, K., Tomioka, K., Nakanishi, M., ... Hiro, H. (2015). Buffering effects of job resources on the association of overtime work hours with psychological distress in Japanese white-collar workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(5), 631–640. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0990-1>
- Huijs, J. J. J. M., Koppes, L. L. J., Taris, T. W., & Blonk, R. W. B. (2017). Work Characteristics and Return to Work in Long-Term Sick-Listed Employees with Depressive Symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(4), 612–622. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9696-z>
- Hussein, S. (2018). Work Engagement, Burnout and Personal Accomplishments Among Social Workers: A Comparison Between Those Working in Children and Adults' Services in England. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 0(0), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0872-z>
- Ilies, R., Dimotakis, N., & De Pater, I. E. (2010). Psychological and physiological reactions to high workloads: implications for well-being. *Personnel Psychology*, 63(2), 407–436. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2010.01175.x>
- Jamal, M. (2004). Burnout, stress and health of employees on non-standard work schedules: A study of Canadian workers. *Stress and Health*, 20(3), 113–119. <https://doi.org/10.1002/smi.1012>
- Janzen, B. L., Muhajarine, N., & Kelly, I. W. (2007). Work-family conflict, and psychological distress in men and women among Canadian police officers. *Psychological Reports*, 100(2), 556–562. <https://doi.org/10.2466/pr0.100.2.556-562>
- Jarman, L., Martin, A., Venn, A., Otahal, P., Taylor, R., Teale, B., & Sanderson, K. (2014). Prevalence and correlates of psychological distress in a large and diverse

- public sector workforce: Baseline results from Partnering Healthy@Work. *BMC Public Health*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-125>
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., ... Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485–1493. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002516>
- Jerez-Roig, J., de Oliveira, N. P. D., de Lima Filho, B. F., de Farias Bezerra, M. A., Matias, M. G. L., Ferreira, L. M., ... Lima, K. C. (2016). Depressive Symptoms and Associated Factors in Institutionalized Elderly. *Experimental Aging Research*, 42(5), 479–491. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2016.1224673>
- Johns, G. (2009). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 31, 519–542. <https://doi.org/10.1002/job>
- Johns, G. (2011). Attendance Dynamics at Work: The Antecedents and Correlates of Presenteeism, Absenteeism, and Productivity Loss. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(4), 483–500. <https://doi.org/10.1037/a0025153>
- Kahn, J. P. (2008). Diagnosis and referral of workplace depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 396–400. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31816c0043>
- Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C., & Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression. *American Journal of Epidemiology*, 125(2), 206–220. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114521>
- Karasek, R. (1979). Job Demands , Job Decision Latitude , and Mental Strain : Implications for Job. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress productivity and the reconstruction of working life*. (Kessler, Ed.). New York: Basic Book.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An Instrument for Internationally Comparative Assessments of Psychosocial Job Characteristics, 3(4), 322–355. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), 458–467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
- Kawakami, N., Kobayashi, Y., Takao, S., & Tsutsumi, A. (2005). Effects of web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 41(2), 471–478. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.01.001>
- Kecklund, G., & Axelsson, J. (2016). Health consequences of shift work and insufficient sleep. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 355, i5210. <https://doi.org/10.1136/BMJ.I5210>
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., .A, R. M., ... Wang, P. S. (2006). Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1561–1568. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1561>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095–3105.

- Khlat, M., Legleye, S., & Sermet, C. (2014). Factors influencing report of common mental health problems among psychologically distressed adults. *Community Mental Health Journal*, 50(5), 597–603. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9680-9>
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008, August 18). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kinman, G., Clements, A. J., & Hart, J. (2017). Job demands, resources and mental health in UK prison officers. *Occupational Medicine*, 67(6), 456–460. <https://doi.org/10.1093/OCCMED/KQX091>
- Kosidou, K., Dalman, C., Lundberg, M., Hallqvist, J., Isacson, G., & Magnusson, C. (2011). Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 160–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.024>
- Kossek, E. E., Baltes, B. B., & Matthews, R. a. (2011). Innovative Ideas on How Work – Family Research Can Have More Impact, 4, 426–432.
- Lambert, E. G., & Hogan, N. L. (2010). Work–family conflict and job burnout among correctional staff 1, 2, 19–26. <https://doi.org/10.2466/PR0.106.1.19-26>
- Le Bihan, B., & Martin, C. (2004). Atypical working hours: Consequences for childcare arrangements. *Social Policy and Administration*, 38(6), 565–590. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2004.00408.x>
- Lee, H. Y., Kim, M. S., Kim, O., Lee, I. H., & Kim, H. K. (2016). Association between shift work and severity of depressive symptoms among female nurses: The Korea Nurses' Health Study. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 192–200. <https://doi.org/10.1111/jonm.12298>
- Lefrançois, M., Saint-Charles, J., & Riel, J. (2017). Work/Family Balancing and 24/7 Work Schedules: Network Analysis of Strategies in a Transport Company Cleaning Service: Concilier travail-famille et horaires 24/7: analyse réseau des stratégies au sein du service de nettoyage d'une compagnie de transport. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 27(3), 319–341. <https://doi.org/10.1177/1048291117725718>
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 9(3), 229–243. <https://doi.org/10.1080/10615809608249404>
- Lesage, F.-X., Martens-Resende, S., Deschamps, F., & Berjot, S. (2011). Validation of the General <i>Health Questionnaire</i> (GHQ-12) adapted to a work-related context. *Open Journal of Preventive Medicine*, 01(02), 44–48. <https://doi.org/10.4236/ojpm.2011.12007>
- Lewis, S., Rapoport, R., & Gambles, R. (2003). Reflections on the integration of paid work and the rest of life. *Journal of Managerial Psychology*, 18(7–8), 824–841. <https://doi.org/10.1108/02683940310511908>
- Lexis, M. A. S., Jansen, N. W. H., Huibers, M. J. H., Van Amelsvoort, L. G. P. M., Berkouwer, A., Ton, G. T. A., ... Kant, Ij. (2011). Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: A randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(6), 400–407. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.057877>

- Li, J., Johnson, S. E., Han, W. J., Andrews, S., Kendall, G., Strazdins, L., & Dockery, A. (2014). Parents' nonstandard work schedules and child well-being: A critical review of the literature. *Journal of Primary Prevention*, 35(1), 53–73. <https://doi.org/10.1007/s10935-013-0318-z>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014 /692/699/476/1414 /692/499 article. *Scientific Reports*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
- Lim, N., Kim, E. K., Kim, H., Yang, E., & Lee, S. M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: A meta- analysis. *Journal of Employment Counseling*, 47(2), 86–96.
- Luca, M., Bellia, S., Bellia, M., Luca, A., & Calandra, C. (2014). Prevalence of depression and its relationship with work characteristics in a sample of public workers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 519–525. <https://doi.org/10.2147/NDT.S56989>
- Magnusson Hanson, L. L., Theorell, T., Oxenstierna, G., Hyde, M., & Westerlund, H. (2008). Demand, control and social climate as predictors of emotional exhaustion symptoms in working Swedish men and women. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 36(7), 737–743. <https://doi.org/10.1177/1403494808090164>
- Major, V. S., Klein, K. J., & Ehrhart, M. G. (2002). Work time, work interference with family, and psychological distress. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 427–436. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.3.427>
- Marchand, A. (2004). *Travail et santé mentale: une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique*. Université de Montréal.
- Marchand, A., & Blanc, M.-È. (2011). Occupation, work organisation conditions and the development of chronic psychological distress. *Work Reading Mass*, 40(4), 425–435. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1254>
- Marchand, A., & BLanc, M. (2010). The Contribution of Work and Non-work Factors to the Onset of Psychological Distress : An Eight-year Prospective Study of a Representative Sample of Employees in Canada, (52), 176–185.
- Marchand, A., Blanc, M. E., & Durand, P. (2015). Genre, âge, catégorie professionnelle, secteur économique et santé mentale en milieu de travail : Les résultats de l'étude SALVEO. *Canadian Journal of Public Health*, 106(4), e223–e229. <https://doi.org/10.17269/CJPH.106.4672>
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005a). Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers. *Sociology of Health and Illness*, 27(5), 602–627. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00458.x>
- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005b). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science and Medicine*, 61(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.037>
- Marchand, A., Durand, P., Haines, V., & Harvey, S. (2014). The multilevel determinants of workers' mental health: results from the SALVEO study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 445–459. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0932-y>

- Marinho, P. E. M., Melo, K. P. B., Apolinário, A. D., Bezerra, E., Freitas, J., Melo, D. M., ... Dornelas de Andrade, A. (2010). Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 151–155. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.03.002>
- Martinussen, M., Richardsen, A. M., & Burke, R. J. (2007). Job demands, job resources, and burnout among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 35(3), 239–249. <https://doi.org/10.1016/J.JCRIMJUS.2007.03.001>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory-General Survey*. In (MBI Manual). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W. W. (2000). Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic assessment of the Demand Control model. *American Journal of Public Health*, 90(11), 1765–1770. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.11.1765>
- Merkus, S. L., Holte, K. A., Huysmans, M. A., Van Mechelen, W., & Van Der Beek, A. J. (2015). Nonstandard working schedules and health: The systematic search for a comprehensive model. *BMC Public Health*, 15(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2407-9>
- Mills, M., & Täht, K. (2010). Nonstandard work schedules and partnership quality: Quantitative and qualitative findings. *Journal of Marriage and Family*, 72(4), 860–875. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00735.x>
- Milner, A., Witt, K., LaMontagne, A. D., & Niedhammer, I. (2018). Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(4), 245–253. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104531>
- Mojtabai, R., & Jorm, A. F. (2015). Trends in psychological distress, depressive episodes and mental health treatment-seeking in the United States: 2001-2012. *Journal of Affective Disorders*, 174, 556–561. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.039>
- Moscone, F., Tosetti, E., & Vittadini, G. (2016). The impact of precarious employment on mental health: The case of Italy. *Social Science and Medicine*, 158, 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.008>
- Müller, G., Tisch, A., & Wöhrmann, A. M. (2018). The impact of long working hours on the health of German employees. *German Journal of Human Resource Management*. <https://doi.org/10.1177/2397002218786020>
- Nena, E., Katsaouni, M., Steiropoulos, P., Theodorou, E., & Constantinidis, T. (2018). Effect of shift work on sleep, health, and quality of life of health-care workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 22(1).
- Niedhammer, I. (2002). Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: A study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75(3), 129–144.

- <https://doi.org/10.1007/s004200100270>
- Niedhammer, I., Coindre, K., Memmi, S., Bertrais, S., & Chastang, J. F. (2020). Working conditions and depression in the French national working population: Results from the SUMER study. *Journal of Psychiatric Research*, 123(December 2019), 178–186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.003>
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 60(4), 277–286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq081>
- Norder, G., Roelen, C. A. M., Bültmann, U., & van der Klink, J. J. L. (2015). Shift work and mental health sickness absence: a 10-year observational cohort study among male production workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(4), 413–416. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3501>
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Lindahl, B., Janlert, U., & Birgander, L. S. (2010). Burnout, working conditions and gender—results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10, 326. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-326>
- Nützi, M., Koch, P., Baur, H., & Elfering, A. (2015). Work-family conflict, task interruptions, and influence at work predict musculoskeletal pain in operating room nurses. *Safety and Health at Work*, 6(4), 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.011>
- Oshio, T., Inoue, A., & Tsutsumi, A. (2017). Does work-to-family conflict really matter for health? Cross-sectional, prospective cohort and fixed-effects analyses. *Social Science and Medicine*, 175, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.039>
- Padyab, M., Backteman-Erlanson, S., & Brulin, C. (2016). Burnout, Coping, Stress of Conscience and Psychosocial Work Environment among Patrolling Police Officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 31(4), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s11896-015-9189-y>
- Pease, E. C., Raether, K. A., Sponsor, F., & Morgan, B. L. (2003). Shift Working and Well-being : A Physiological and Psychological Analysis of Shift Workers, 1–5.
- Perry, S. J., Rubino, C., & Hunter, E. M. (2018). Stress in remote work: two studies testing the Demand-Control-Person model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1–17.
- Portela, L. F., Griep, R. H., Landsbergis, P., & Rotenberg, L. (2015). Self-reported hypertension and job strain in nursing personnel: assessing two different formulations of the demand-control model. *Clinical Nursing Studies*, 32, 46.
- Proper, K. I., Van De Langenberg, D., Rodenburg, W., Vermeulen, R. C. H., Van Der Beek, A. J., Van Steeg, H., & Van Kerkhof, L. W. M. (2016). The relationship between shift work and metabolic risk factors: A systematic review of longitudinal studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(5), e147–e157. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.11.013>
- Quesnel-Vallée, A., DeHaney, S., & Ciampi, A. (2010). Temporary work and depressive symptoms: A propensity score analysis. *Social Science and Medicine*, 70(12), 1982–1987. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.008>
- Rajaleid, K., Jansson-Fröjmark, M., Westerlund, H., Magnusson Hanson, L., & Ählin, J. (2017). 10tJob demand, control and social support as predictors of trajectories of

- depressive symptoms: Julia Åhlin. *European Journal of Public Health*, 27(3), 81–82.
- Rajaratnam, S. M. W., & Arendt, J. (2001). Health in a 24-h society. *The Lancet*, 358(9286), 999–1005. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06108-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06108-6)
- Rasoulzadeh, Y., Bazazan, A., Safaiyan, A., & Dianat, I. (2015). Fatigue and Psychological Distress: A Case Study Among Shift Workers of an Iranian Petrochemical Plant, During 2013, in Bushehr. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(10). <https://doi.org/10.5812/ircmj.28021>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs.*, 45(5), 536–545.
- Robertson, I., & Cooper, C. (2011). Measuring Well-Being and Workplace Factors. In *Well-Being* (pp. 51–62). London: Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230306738_5
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2006). Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution? *Social Science and Medicine*, 63(5), 1400–1413. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.013>
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *Journal of Marriage and the Family*, 52(4), 1059–1078. <https://doi.org/10.2307/353319>
- Rupert, P. A., Stevanovic, P., & Hunley, H. A. (2009a). Work-Family Conflict and Burnout Among Practicing Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(1), 54–61. <https://doi.org/10.1037/a0012538>
- Rupert, P. A., Stevanovic, P., & Hunley, H. A. (2009b). Work – Family Conflict and Burnout Among Practicing Psychologists, 40(1), 54–61. <https://doi.org/10.1037/a0012538>
- Ruppanner, L., Perales, F., & Baxter, J. (2018). Harried and Unhealthy? Parenthood, Time Pressure, and Mental Health. *Journal of Marriage and Family*. <https://doi.org/10.1111/jomf.12531>
- Ruzyski, S. M., & Lemaire, J. B. (2018). Physician burnout. *Canadian Medical Association Journal*, 190(2), E53–E53. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170827>
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. G. (2011). Relationship between household income and mental disorders: Findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 68(4), 419–427. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.15>
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: a Critical Analysis* (Taylor & Francis). Londres.
- Schieman, S., Ruppanner, L., & Milkie, M. A. (2018). Who Helps with Homework? Parenting Inequality and Relationship Quality Among Employed Mothers and Fathers. *Journal of Family and Economic Issues*, 39(1), 49–65. <https://doi.org/10.1007/s10834-017-9545-4>
- Shukri, M., Jones, F., & Conner, M. (2018). Relationship between work-family conflict and unhealthy eating: Does eating style matter? *Appetite*, 123, 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.027>
- Simon, R. W. (1995). Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(2), 182. <https://doi.org/10.2307/2137224>
- Smith, T. D., DeJoy, D. M., Dyal, M.-A. (Aimee), & Huang, G. (2017). Impact of work

- pressure, work stress and work–family conflict on firefighter burnout. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 1–8.
<https://doi.org/10.1080/19338244.2017.1395789>
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006a). *Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review* Author(s). Source: *Scandinavian Journal of Work* (Vol. 32).
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006b). Psychosocial work environment and mental health — a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443–462.
- Statistique Québec. (2018). Taux de présence de l’horaire atypique, résultats pour diverses caractéristiques de la main-d’œuvre et de l’emploi, Québec. Retrieved April 15, 2019, from <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/heures-horaire/horaire/taux-presence-horaire-atypique.html>
- Sutherland, G., & Abhi, B. (2018). *Absent Without Leaving: The Economic Impact of Early, Optimized Treatment for Depression*. Ottawa.
- Sutherland, G., & Stonebridge, C. (2015). *The Footprint of Mental Health Conditions: Healthy Brains at Work*. Ottawa.
- The Scientific Advisory Committee to the global business and economic roundtable on addiction and mental Health. (2002). *Mental Health and Substance Use at Work : perspectives from research and implications for leaders A Background Paper prepared by The Scientific Advisory Committee * to The Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health*, (C).
- Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., ... Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15(1), 738.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>
- Torquati, L., Mielke, G. I., Brown, W. J., Burton, N. W., & Kolbe-Alexander, T. L. (2019). Shift Work and Poor Mental Health: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *American Journal of Public Health*, 109(11), e13-120.
- Tucker, P., & Folkard, S. (2012). *Working time, health and safety: a research synthesis paper. Conditions of Work and Employment Series*.
- Tuttle, R., & Garr, M. (2012). Shift Work and Work to Family Fit: Does Schedule Control Matter? *Journal of Family and Economic Issues*, 33(3), 261–271.
<https://doi.org/10.1007/s10834-012-9283-6>
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305–313.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>
- Van den Broeck, A., Elst, T. Vander, Baillien, E., Sercu, M., Schouteden, M., De Witte, H., & Godderis, L. (2017). Job Demands, Job Resources, Burnout, Work Engagement, and Their Relationships. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(4), 369–376. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000964>
- Vassos, M., Nankervis, K., Skerry, T., & Lante, K. (2017). Can the job demand-control-(support) model predict disability support worker burnout and work engagement? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 1–11.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Marchand, A., & Arcand, R. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités*

canadiennes. Québec.

- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., ... Prud'homme, P. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTSST)*. Institute national de santé publique, Institut de la statistique, IRSST.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Gaëtan Morin.
- Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., & Alonso, J. (2016). Screening for depression in the general population with the center for epidemiologic studies depression (ces-d): A systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(5), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155431>
- Virtanen, M., Jokela, M., Madsen, I. E. H., Magnusson Hanson, L. L., Lallukka, T., Nyberg, S. T., ... Kivimäki, M. (2018). Long working hours and depressive symptoms: Systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 44(3), 239–250. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3712>
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: A review. *International Journal of Epidemiology*, 34(3), 610–622. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi024>
- Visser, M. A. (2018). Restructuring opportunity: employment change and job quality in the United States during the Great Recession. *Socio-Economic Review*, 0(0), 1–28. <https://doi.org/10.1093/ser/mwy002>
- Vitale, S. A., Varrone-Ganesh, J., & Vu, M. (2015). Nurses working the night shift: Impact on home, family and social life. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(10). <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n10p70>
- Voydanoff, P. (1988). Work Role Characteristics , Family Structure Demands , and Work / Family Conflict. *Journal of Marriage and Family*, 50(3), 749–761.
- Wang, J. L., Schmitz, N., & Dewa, C. S. (2010). Socioeconomic status and the risk of major depression: The Canadian national population health survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(5), 447–452. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.090910>
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-41>
- Watanabe, K., Imamura, K., & Kawakami, N. (2016). Working hours and the onset of depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(12), 877–884. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103845>
- Weinberger, A. H., Gbedemah, M., Martinez, A. M., Nash, D., Galea, S., & Goodwin, R. D. (2017). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: Widening disparities in vulnerable groups. *Psychological Medicine*, 48(8), 1308–1315. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002781>
- Weissman, J., Pratt, L. A., Miller, E. A., & Parker, J. D. (2015). Serious Psychological Distress Among Adults : *NCHS Data Brief*, (203), 2009–2013.
- Winkler, M. R., Mason, S., Laska, M. N., Christoph, M. J., & Neumark-Sztainer, D. (2017). Does non-standard work mean non-standard health? Exploring links

- between non-standard work schedules, health behavior, and well-being. *SSM - Population Health*, 4(September 2017), 135–143.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.12.003>
- Yildirim, D., & Aycan, Z. (2008). Nurses' work demands and work-family conflict: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1366–1378.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.10.010>
- Zha, N., Patlas, M. N., Neuheimer, N., & Duszak, R. (2018). Prevalence of Burnout Among Canadian Radiologists and Radiology Trainees. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 69(4), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.carj.2018.05.005>